

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 décembre 1893, à 1 heure

Par HENRI CACHAU

Né à Ozeux (Basses-Pyrénées), le 29 juillet 1864

KYSTES DU CORDON ET DU CANAL DE NUCK

LEURS RELATIONS AVEC LES HERNIES INGUINALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } RICARD, professeur.
 } JALAGUIER, SÉBILEAU, agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

75

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 décembre 1893, à 1 heure

Par HENRI CACHAU

Né à Ozeux (Basses-Pyrénées), le 29 juillet 1864

KYSTES DU CORDON ET DU CANAL DE NUCK

LEURS RELATIONS AVEC LES HERNIES INGUINALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { RICARD, professeur.
JALAGUIER, SÉBILEAU, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Nous sommes heureux à la fin de nos études d'adresser ici tous nos remerciements à nos Maîtres dans les Hôpitaux. MM. les D^{rs} Aud'houy, T. Anger, Landrieux, Juhel-Renoy, Pengrueber, et M. le professeur Tarnier nous ont fait l'honneur de nous accepter pour élève. Nous avons également passé une année à l'hôpital Trousseau dans le service de M. le professeur Lannelongue, suppléé par M. le D^r Broca, qui a bien voulu nous communiquer pour notre travail un grand nombre d'observations.

A tous, nous leur adressons nos meilleurs sentiments de gratitude.

A M. le D^r Ott, nous garderons toujours une grande reconnaissance pour le bienveillant concours qu'il nous a prêté par ses traductions anglaises et allemandes.

Que M. le professeur Tillaux reçoive ici l'assurance de nos plus respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552014_0063

KYSTES DU CORDON ET DU CANAL DE NUCK

LEURS RELATIONS AVEC LES HERNIES INGUINALES

HISTORIQUE

Au dire de Scarpa qui parle de « l'hydrocèle enkystée », les tumeurs liquides du cordon étaient connues des plus anciens chirurgiens. Léonide et Paul d'Egine avaient distingué l'hydrocèle vaginale commune de l'hydrocèle du cordon et de cette dernière ils avaient fait deux variétés : l'une diffuse et l'autre enkystée. Cette division fut acceptée plusieurs siècles après par Fallope, et à sa suite par Wideman, Monro, Bertrandi, Danglas, Pott. L'hydrocèle du cordon rentre dans le groupe des hernies aqueuses. Elle siège dans le tissu cellulaire du cordon et elle est diffuse ou enkystée, mais ces deux formes ne sont que deux degrés d'un même processus ; dans le premier, la sérosité simplement infiltrée constituait la forme diffuse ; dans le second, une cavité était creusée au sein des mailles celluluses et sa paroi se constituait par refoulement, c'était la forme enkystée.

Cependant Hunter étudie les conditions de la descente du testicule et le développement de la vaginale. On voit que des collections liquides peuvent se faire dans la séreuse testiculaire encore en libre communication avec la séreuse abdominale, mais on ne croit pas que de semblables collections puissent se produire dans des poches isolées dues à l'oblitération incomplète du canal de communication.

Cependant dès 1747, Wideman, Boerhaave, Garengeot, Ledran disent « avoir trouvé des hydrocèles où le testicule se pouvait sentir avec les doigts, et que dans ce cas, l'enflure et l'humeur étaient dans la portion du péritoine au-dessus du testicule. »

Boyer décrit encore l'hydrocèle enkystée « comme une poche formée par la pression de la condensation des lames du tissu cellulaire, » et ce n'est qu'après les travaux de Chassaignac qui donne le nom de canal péritonéo-vaginal aux anomalies du diverticulum péritonéal et surtout après la thèse de Cloquet de 1817 qu'on décrit des kystes développés aux dépens des débris péritonéaux. Cooper admet deux ordres de kystes : les kystes du tissu cellulaire et les kystes séreux proprement dits dus aux débris péritonéaux.

Dans sa thèse de concours de 1848, Malgaigne, étudiant les tumeurs du cordon, admet les kystes du tissu cellulaire comme extrêmement rares. Pour lui, « les hydrocèles du cordon » siègent dans les débris péritonéaux et il en admet trois variétés. L'une qui est en communication avec le péritoine, l'autre avec la vaginale et enfin l'hydrocèle enkystée.

Dans sa thèse de 1865, M. Duplay, après avoir rappelé

les travaux de Camper, Cloquet, Curling, n'hésite pas à admettre que les « kystes inguinaux du cordon se développent le plus souvent dans l'intérieur des poches séreuses représentant des vestiges du canal péritonéo-vaginal incomplètement oblitéré. » Peuvent-ils se développer dans le tissu cellulaire du cordon ? « Le fait est possible, dit M. Duplay, et sans le nier complètement, on peut dire que rien ne démontre qu'il en soit ainsi. »

Giraldes émet en 1858 une toute autre théorie. Il résume les travaux de Curling, Paget, Quekett, Follin, Gosselin, Verneuil, et s'appuyant sur ses découvertes embryologiques. « On a supposé, dit-il, que les kystes étaient accidentels et qu'ils se formaient aux dépens de certains rudiments péritonéaux de la tunique vaginale ou encore dans le tissu cellulaire du cordon. Cette étiologie me paraît inacceptable. Les kystes sont le produit de la dilatation de canaux de nature glandulaire existant normalement dans le cordon. »

Follin, en 1850, avait démontré la formation de kystes dans les *vasa aberrantia*, mais Giraldes avait reconnu que les débris du corps de Wolf ne sont pas limités au voisinage de l'épididyme. Il en avait découvert plus haut, et ce sont ces derniers dispersés dans le tissu conjonctif de la partie inférieure du cordon qui formeront les kystes du cordon.

On n'admet plus l'enkystement dans le tissu cellulaire du cordon. La laxité du tissu, la facilité avec laquelle le liquide peut, en suivant les éléments du cordon, fuir en haut vers le canal inguinal et en bas vers le testicule ne semblent point des conditions propres à la localisation en

un point de la tumeur liquide. L'existence de débris wolffiens et de débris péritonéaux au voisinage du cordon a fait accepter l'origine séreuse et l'origine wolfienne, mais si ces faits sont réels, au moins sont-ils exceptionnels.

Nous ne pouvons citer dans ce court historique tous ceux qui se sont occupés de ce point de pathogénie. Nous les retrouverons en étudiant le canal péritonéo-vaginal et le corps de Wolf.

Mais, pour bien circonscrire notre sujet, nous dirons que les kystes du cordon sont toujours le résultat d'une accumulation de sérosité dans une portion non oblitérée du canal péritonéo-vaginal, et nous en donnerons comme preuve principale la grande fréquence avec laquelle ces kystes sont en connexion intime avec un sac herniaire.

Nous ne nous occuperons ici que des tumeurs liquides développées sur le trajet du cordon, éliminant de notre cadre les différentes collections liquides de la vaginale, du testicule et de l'épididyme.

P A T H O G É N I E

D'après Kocher certaines tumeurs kystiques et plus spécialement certaines hydrocèles funiculaires multiloculaires pourraient dériver du conduit de Müller. Ce conduit qui chez l'homme est destiné à disparaître s'oblitérerait d'après Kölliker et Dohrn en commençant par la partie moyenne ou au point de jonction du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur. On sait que l'hydatide pédiculée de Morgagni et l'utricule prostatique en représentent les vestiges. Les faits manquent pour admettre l'existence de kystes dérivant de la persistance d'une portion du conduit de Müller. Nous relatons cependant plus bas une observation de kystes calcifiés du cordon où M. Englisch admet cette origine.

Il est d'autres kystes le long du canal déférent qui se développent aux dépens des débris du corps de Wolf. Le corps de Wolf après avoir formé les organes génito-urinaires, n'a pas été entièrement utilisé. Une partie de la zone rénale et de la zone sexuelle demeurent à l'état de débris (organe de Giraldu, vas aberrans), qui tout en restant contigus à la glande testiculaire ou à l'épididyme perdent le plus souvent tout rapport avec le canal excréteur. Nous n'avons pas à nous en occuper. Mais il y a aussi des canalicules wolffiens qui restent en rapport avec le

canal déférent. Ce sont les *vasa aberrantia*. « Les phénomènes qui accompagnent la descente du testicule montrent que les débris wolffiens qui donnent naissance aux *vasa aberrantia* doivent être groupés le plus souvent vers le corps ou la queue de l'épididyme, mais on les rencontre aussi en dehors de la vaginale, d'après Sappey et jusqu'à l'orifice extérieur du canal inguinal. Tantôt on en trouve plusieurs, d'autre fois un seul, parfois même il n'en existe aucun. Il est assez difficile de les découvrir au milieu des éléments du cordon et peu d'auteurs les ont signalés en dehors de la vaginale ». Vautrin.

Ce sont donc des canaux bagues formés dans les *vasa aberrantia* dépendant du conduit excréteur du sperme avec lequel ils sont restés en communication au moins pendant un certain temps. M. Vautrin s'appuie sur une observation de kyste spermatique situé sur le trajet du cordon et où l'examen histologique lui a montré toute analogie de structure avec l'épididyme et il conclut : « Les débris du corps de Wolff en communication avec le canal déférent, lorsqu'ils auront gardé toute communication avec le canal, seront le siège le plus habituel des kystes spermatiques. On aura des kystes à *liquide muqueux sans spermatozoïdes*, si la communication s'est oblitérée antérieurement et on aura des kystes à spermatozoïdes si l'oblitération se produit postérieurement au développement du kyste.

Nous relatons maintenant les communications et les conclusions de M. Englisch qui accepte cette double pathogénie.

M. Englisch a eu l'occasion d'observer quelques cas de

kystes calcifiés du canal déférent. Le premier est celui d'un ouvrier de 23 ans porteur d'une tumeur du cordon spermatique qui ne lui occasionnait aucune gêne et qui est restée stationnaire pendant douze ans. Le testicule gauche était petit et l'épididyme un peu épaissi. A la face postérieure du cordon spermatique, il y avait une tumeur dure, raboteuse, indolente, qui adhérait intimement au canal déférent. A l'opération on trouva qu'elle était située parmi les éléments du plexus pampiniforme. Il s'agissait d'un kyste avec enveloppe calcifiée de tissu conjonctif revêtu d'une mince muqueuse, pourvue d'un épithélium cylindrique. Le contenu du kyste était formé de cellules lymphatiques, de graisse de cholestérine et de cellules cylindriques.

Dans le second cas il s'agissait d'un ouvrier de 62 ans, présentant au niveau du cordon spermatique droit une tumeur ronde limitée en dehors par le plexus pampiniforme, en dedans par le canal déférent qui était relié à la tumeur par du tissu conjonctif. Cette tumeur dure et raboteuse suivait les mouvements du canal déférent et n'était pas sensible à la pression. Il s'agissait aussi d'un kyste en partie calcifié et revêtu d'un épithélium pavimenteux. Le contenu était analogue à celui d'un athérome.

Le troisième cas est celui d'un garçon de 15 ans atteint d'un kyste multiloculaire du canal inguinal, adhérent au canal déférent et mobile avec lui. La tumeur existait depuis l'enfance et avait toujours augmenté de volume.

Elle ressemblait à une spermatocèle multiloculaire.

M. Englisch relate enfin l'observation d'une tumeur dure du cordon spermatique sans relation avec le canal déférent.

M. Englisch discutant ces observations, conclut que ces kystes du canal déférent sont dus à des vestiges du corps de Wolff ou des conduits de Müller. Ceux qui se trouvent sur la ligne médiane viennent des canaux de Müller, tandis que ceux qui adhèrent au canal déférent doivent être attribués au corps de Wolff » (1).

Nous n'avons nullement l'intention de contester la réalité de ces kystes wolffiens ou mullériens. Mais nous pensons qu'ils sont rares, car, en un an, à l'hôpital Trousseau, sur de nombreuses opérations pratiquées pour kystes du cordon, nous n'en avons observé un seul exemple. Mais presque toujours nous avons vu que la poche kystique était surmontée chez le garçon comme chez la fille par un sac péritonéal. Ceci nous servira d'argument pour soutenir, ce qui est d'ailleurs l'opinion classique, que ces kystes se forment dans les restes du diverticule péritonéal, canal de Nuck chez la fille, conduit péritonéo-vaginal chez le garçon.

Chez la femme des kystes peuvent se développer sur le prolongement séreux qui accompagne le ligament rond et décrit par Nück en 1692. Ce canal a d'abord été nié par M. le professeur Duplay : « Rien n'est plus facile que de créer le canal de Nuck. Le tissu cellulaire sous-péritonéal au niveau de la fossette inguinale extérieure est très lâche et permet le facile glissement de la séreuse. A mesure que le ligament rond s'enfonce dans le trajet inguinal, sous l'influence d'une traction légère, il en-

1. Englisch. *Ueber Cysten am was deferens*, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1891. P. 447-477.

traîne le péritoine et on voit se produire un véritable canal séreux. » En 1885-86, un élève de M. Duplay, M. Beurrier, soutenait encore dans sa thèse l'opinion de son maître. Tous les anatomistes étaient alors arrivés à des conclusions opposées. En France, nos classiques, Richet, Sappey et Tillaux, admettent le canal de Nuck. « L'opinion à peu près unanime des auteurs anciens, écrit M. Broca, confirmée par les travaux récents de Zuckerkandi, Féré, H. Sachs, est exacte. Le canal de Nuck existe. J'ai fait sur ce point controversé des dissections nombreuses et j'ai fait voir en 1888 à M. le professeur Duplay des préparations qui l'ont convaincu. »

Comme le canal péritonéo-vaginal, le canal de Nuck peut persister à la naissance (38 fois sur 150 autopsies d'après H. Sachs). Plus tard, l'oblitération pourra ne pas être complète. Même M. Berger y a signalé la présence de rétrécissements valvulaires ou diaphragmatiques analogues à ceux qu'on trouve dans le conduit péritonéo-vaginal non oblitéré. Autant de causes qui pourront produire des kystes séreux. Enfin, autre cause encore plus fréquente : L'abouchement de ce canal dans le péritoine est caché par un repli valvulaire analogue à celui que Ramonède a décrit à l'entrée du canal péritonéo-vaginal chez l'homme.

Les kystes du canal de Nuck sont l'homologue chez la femme de ce que sont chez l'homme les kystes du cordon. Ceux-ci sont liés à l'évolution du canal péritonéo-vaginal.

Nous ne donnerons même pas ici un résumé des opinions des auteurs sur la migration des testicules. Nous

verrons seulement dans la suite les anomalies que peuvent présenter les migrations, sans en discuter les causes, mais bornant nos recherches à l'étude du canal péritonéo-vaginal dans les cas d'ectopie testiculaire.

A la naissance, le testicule est le plus souvent dans les bourses et entouré par la vaginale qui n'est autre chose à l'origine qu'un prolongement de la séreuse abdominale. Le canal séreux interposé aux deux cavités vaginale et péritonéale est le canal péritonéo-vaginal (Chassaignac). M. Ramonède a longuement étudié ce canal dans sa thèse inaugurale 1883. S'attachant surtout à rechercher sa persistance chez l'adulte.

Supposant que la communication péritonéo-vaginale soit restée complète, M. Ramonède décrit les trois points dilatés et les trois points rétrécis que présente le canal.

La première dilatation est située sous le pli rétro-inguinal.

La deuxième dilatation repose sur l'arcade fémorale. Elle a la forme d'un ovoïde allongé, et sa longueur à peu près invariable est équivalente à l'intervalle qui sépare les deux orifices du canal inguinal.

La troisième dilatation située dans les bourses forme un coude avec la précédente. C'est un cône creux dont la base se continue sans démarcation avec la tunique vaginale. Parfois cependant, on a vu un étranglement très marqué situé immédiatement au-dessus de la tête de l'épididyme séparer le canal péritonéo-vaginal de la tunique vaginale.

On trouve également trois points rétrécis :

Le premier est à l'embouchure même du canal, en arrière de l'arcade crurale.

Le deuxième se trouve au niveau de l'orifice interne du trajet inguinal dans le plan du *fascia transversalis* fibreux.

Le troisième est situé à l'anneau du grand oblique.

Quand il existe un quatrième point rétréci, on le trouve comme nous l'avons déjà dit à la limite du canal péritonéo-vaginal et de la tunique vaginale.

Ainsi considéré, dès son origine, au niveau du repli péritonéal valvulaire, le canal péritonéo-vaginal se compose de trois dilatations successives séparées par trois points rétrécis siégeant au niveau des anneaux inguinaux interne et externe et au niveau du canal avec la séreuse vaginale.

Ailleurs, dit M. Ramonède, les rétrécissements sont constitués d'une manière tout à fait différente. Que l'on se représente un de ces diaphragmes qui entrent dans la confection des instruments d'optique et l'on aura une idée tout à fait nette de ce qui existe. C'est ce qu'on observe dans le deuxième rétrécissement situé au niveau du *fascia transversalis* fibreux.

A quelle époque le canal péritonéo-vaginal n'est-il plus perméable ? Féré, ayant examiné 62 enfants âgés de moins d'un mois, a trouvé 34 fois seulement ce conduit oblitéré des deux côtés. Il est vrai, ajoute M. Broca, que Féré ne semble pas avoir fait entrer en ligne de compte les cas où le cul-de-sac infundibuliforme situé au niveau de l'anneau inguinal interne peut seul subsister.

Cependant, passé le premier mois, l'oblitération est la règle. Féré a insisté encore sur la fréquence plus grande de la perméabilité complète ou incomplète du côté droit.

Cette prédominance a été également relevée par H. Sachs.

M. Ramonède a conclu que 15 pour 100 des sujets adolescents ou adultes qu'il a examinés présentent une persistance plus ou moins complète de la communication congénitale.

Ainsi l'oblitération peut ne pas être complète mais se produire en un des points rétrécis que présente le canal. Quand elle s'est faite au niveau de l'abouchement du canal avec la séreuse vaginale, plus ou moins haut, la portion funiculaire seule du conduit reste perméable. Quand elle siège à l'anneau inguinal extérieur on n'a plus qu'un prolongement interstitiel du canal. Enfin on peut n'avoir qu'une anomalie en quelque sorte rudimentaire lorsque subsiste seulement le point rétréci situé au niveau de l'anneau inguinal interne.

A ces notions sur le canal péritonéo-vaginal il faut ajouter les recherches de M. Broca qui expliqueront la pathogénie de certains kystes du cordon : « Plusieurs fois dans la paroi postérieure d'un conduit péritonéo-vaginal anormalement persistant en partie ou en totalité, j'ai vu sous des valvules s'ouvrir dans le canal principal des tunnels ou plutôt des culs-de-sac plus ou moins longs étroits et cylindriques parallèles au cordon dans lesquels je pouvais engager un stylet ou une sonde cannelée. Plusieurs fois aussi, j'ai vu la vaginale normale à un examen superficiel, envoyer le long du côté interne du canal déférent un étroit prolongement tubulaire capable de remonter jusqu'à l'anneau extérieur. »

M. Broca a étudié également les connexions du canal avec le cordon : « Le cordon est suivant les cas, soit de

niveau avec la paroi qui le contient, soit plus ou moins saillant, et même rattaché à la paroi par un méso. Récemment Hugo Sachs a constaté que les dispositions internes sont-elles aussi variables. Qu'en particulier à l'examen histologique on voit assez souvent un ou plusieurs plis séreux s'enfoncer dans l'épaisseur même du cordon entre ses éléments. »

Il nous faut faire maintenant l'histoire de la séreuse péritonéale dans les cas d'ectopie testiculaire.

Le canal séreux suit-il ou précède-t-il le testicule? c'est-à-dire y a-t-il indépendance du développement du processus vaginalis vis-à-vis de la migration testiculaire.

Kolliker et Eichbaum pensent que le procès vaginal est complètement formé quand commence la descente.

Charpy conclut que dans le canal inguinal existe chez le fœtus un cul-de-sac qui précède de quelques millimètres le testicule mais que dans le scrotum la vaginale ne préexiste pas.

Pour Bramaun la migration testiculaire et le procès vaginal doivent être regardés comme des processus indépendants l'un de l'autre mais soumis aux mêmes conditions.

On peut cependant réunir un certain nombre de faits prouvant l'indépendance des deux formations.

Cloquet a vu les culs-de-sac péritonéaux descendre dans les bourses d'un homme dont les testicules étaient tous deux dans l'abdomen.

Dupuytren admettait la possibilité d'hydrocèles scrotales dans des ectopies inguinales et même abdominales.

M. Tuffier a vu chez un fœtus de quatre mois le faisceau moyen du gubernaculum accompagné jusqu'au fond du scrotum par une vaginale préformée.

M. Broca, après avoir relaté à la Société anatomique plusieurs observations d'ectopie testiculaire, coïncidant avec un prolongement séreux descendant dans un cas jusque dans un scrotum rudimentaire, conclut à propos d'une hernie coïncidant avec une ectopie : « De nos jours pour la migration du testicule, on admet qu'un prolongement péritonéal accompagne jusqu'au fond du scrotum le faisceau moyen du *gubernaculum testis*. » Dès lors le canal péritonéo-vaginal existe, que le testicule descende ou ne descende pas ».

Etudiant la hernie congénitale avec ectopie, le même auteur écrit : « Ici une anse épiddymaire se sera déroulée au-dessous du testicule et contre elle existera un cul-de-sac séreux. Ailleurs, au contraire, il semble bien que la partie sous-testiculaire est due à l'accroissement progressif du sac par locomotion. Mais ailleurs aussi il y a un diverticule sous-jacent tout préparé sans que la descente prématurée de l'épididyme fut en cause ».

Nous pouvons donc conclure que la formation du canal péritonéo-vaginal est indépendante de la migration testiculaire et paraît plutôt en connexion intime avec la constitution du *gubernaculum testis*.

Rien n'est plus complexe que la disposition du péritoine sur le testicule en ectopie. La vaginale peut être normale ou ouverte du côté du péritoine. Le conduit péritonéo-vaginal peut être normalement, complètement ou partiellement oblitéré : Il doit donc être possible de trou-

ver des kystes du cordon dans ces cas d'ectopie; nous n'avons pas pu cependant en relater d'observations au milieu du grand nombre de cas d'hydrocèle coïncidant avec l'ectopie testiculaire, ou avec la hernie inguino-interstitielle décrite en 1871 par M. le professeur Tillaux.

Il nous reste maintenant, à étudier la formation des kystes du cordon dans le canal péritonéo-vaginal.

Peu fréquents, d'après Malgaigne, ils apparaissent à tous les âges, mais sont surtout fréquents de cinq à quatorze ans.

L'hydrocèle enkystée est d'origine congénitale, dit Giraldès : « Elle se développe durant la vie intra-utérine et les enfants naissent avec ces tumeurs tantôt rudimentaires tantôt assez volumineuses. Un grand nombre de fois j'ai constaté leur existence chez le nouveau-né. »

Chez le nouveau-né, en effet, on prononce volontiers le nom de congénital. Mais ce qui est congénital ce n'est pas le kyste du cordon mais bien la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Le kyste n'est pas plus congénital que l'hydrocèle infantile, et lorsqu'en outre des segments du canal resté perméable, on trouve des points non-seulement étranglés mais complètement oblitérés, on peut assister à la formation d'hydrocèles enkystées. Comme pour l'hydrocèle congénitale, nous trouvons une séreuse bien close, ne présentant à l'examen que peu de modifications et souvent même normale. Il est possible pour expliquer l'hypersecretion de la séreuse péritonéo-vaginale, de faire intervenir les chocs et les traumatismes qui se sont produits pen-

dant le travail de l'accouchement. On peut encore faire intervenir une autre cause. « L'hydrocèle, dit M. Broca, n'est qu'un degré ou une modalité de la vaginalité, » et, le processus d'oblitération n'est-il pas le premier degré d'une altération en quelque sorte spontanée et susceptible de se dévier vers la transformation kystique?

Mais indépendamment du processus obturateur que de causes ne pourrait-on pas invoquer pour expliquer l'inflammation ? Une chute, un choc, un traumatisme ont été souvent suivis de *kystes du cordon*. M. Berger (*Gaz. des Hôpitaux*, 1882, 29 janvier), relate l'observation d'un jeune homme chez qui le testicule droit n'était pas descendu. La migration se fit brusquement, mais en même temps se développa une tumeur que l'on confondit avec une hernie, et que M. Berger démontra être un kyste du cordon. Curling relate un fait semblable où la migration brusque du testicule agissant à la manière d'un traumatisme, produisit également un kyste du cordon. L'irritation causée par un bandage herniaire a bien souvent été incriminée aussi.

La coexistence d'une hernie est notée plusieurs fois, mais la preuve d'une relation de cause à effet est difficile à donner. « La coexistence de la vaginalite avec la hernie inguinale congénitale n'est pas rare, dit M. Broca. » Elle existe, en effet, dans 1/3 des cas. Nous verrons dans la suite, les relations qui peuvent exister entre les hernies et les kystes du cordon.

En résumé, le conduit péritonéo-vaginal est destiné à disparaître, sauf à son extrémité inférieure où il donne

lieu à la vaginale testiculaire. Lorsqu'il persiste et reste perméable dans la totalité de son trajet ou seulement dans sa portion supérieure et en libre communication avec la séreuse péritonéale, il constitue l'hydrocèle vaginale ou funiculaire concomitante. Il peut s'isoler à la fois de la vaginale testiculaire et de la séreuse abdominale. Il en résultera ainsi la persistance dans la partie intermédiaire d'espaces virtuels garnis de parois séreuses qui pourront se remplir de liquide et devenir des cavités kystiques d'aspect variable. Il suffira d'un froissement, d'une irritation quelconque pour que la surface séreuse qui les tapisse laisse exsuder du liquide. Le processus est en tout point comparable à celui qui produit l'hydrocèle vaginale commune, et en somme il ne s'agit en pareil cas que d'une péritonéo-vaginalite séreuse localisée, d'une hydrocèle funiculaire enkystée (Monod et Terrillon).

A côté de ces kystes reconnaissant pour cause une inflammation due à un froissement, à un traumatisme, il en est d'autres qui relèvent des maladies générales infectieuses. Le rhumatisme et la blennorrhagie peuvent ne pas se localiser seulement aux différents éléments du cordon mais encore frapper la séreuse péritonéo-vaginale. Curling, Malgaigne, Mollière citent des observations de funiculite faisant suite au rhumatisme et à la blennorrhagie. Nous relatons ici l'observation du Dr Cenac (*Loire médicale*, 1885), mais sans accepter les conclusions de l'auteur qui localise les manifestations rhumatismales « sur la gaine fibreuse du cordon et le tissu cellulaire sous-jacent. » Nous croyons au contraire que les kystes se sont développés dans le canal péritonéo-vaginal.

OBSERVATION I

Deux kystes rhumatismaux du cordon spermatique.

Voici résumée l'observation.

Le sixième jour le malade se plaint du testicule droit. En effet, depuis l'avant-veille, il s'est développé à égale distance du testicule et de l'orifice inguinal externe du côté droit, deux tumeurs arrondies, tendues, élastiques, transparentes, très nettement circonscrites, manifestement indépendantes du testicule, de l'épididyme et de la peau ne se modifiant pas lorsque le malade tousse ou change de position. L'une siège sur le côté externe du cordon, l'autre en avant. Pendant quelques jours le malade éprouve à leur niveau une sensation de gêne et de cuisson, ensuite elles deviennent indolentes. L'attaque rhumatismale dure trois semaines. Plus tard, nouvelles douleurs poly-articulaires accompagnées de fièvre et de sueurs profuses.

Le deuxième jour, les tumeurs présentaient les mêmes caractères que précédemment. Le sixième on constate leur disparition complète.

Le malade a été examiné deux mois après, les tumeurs ne s'étaient pas reproduites.

En somme, il s'agissait de deux kystes du cordon. Leur apparition et leur disparition ont été rapides, se sont effectuées en même temps que d'autres accidents rhumatismaux. L'on est porté à admettre une localisation du rhumatisme sur la gaine fibreuse du cordon et le tissu cellulaire sous-jacent, accident analogue à la vaginalite rhumatismale signalée par Bouisson, Duquet, etc.

DESCRIPTION

Le début est généralement des plus insidieux. Chez le nouveau-né ce n'est qu'accidentellement qu'on constate « une hernie » ou une « grosseur de l'aine ». D'autres fois, au contraire, le début est brusque avec appareil symptomatique bruyant. Curling cite l'observation d'un jeune homme de 15 ans, présentant tous les symptômes d'une hernie étranglée et qui s'était trouvé le matin même une tumeur au niveau du cordon qui n'était autre chose qu'une « *hydrocèle enkystée à marche aiguë.* » M. Duplay cite une observation de Pott ; un jeune homme de 14 ans qui avait remarqué que depuis une semaine une tumeur lui était venue au niveau du cordon fut pris de vomissements et de symptômes d'étranglement herniaire. Or, c'était un simple kyste enflammé. Nous avons également relaté l'observation des kystes rhumatismaux qui occasionnaient une sensation de gêne et de cuisson. Dans ces cas, il faudra généralement se méfier de quelque complication inflammatoire du côté du kyste et surtout rechercher la coexistence d'une hernie. D'autres fois ces symptômes du début pourront ne pas être causés par le kyste. M. Broca rappelle une intervention pour hernie étranglée qui amena sur un kyste suppuré du cordon, remontant dans le trajet inguinal. Dans ce

cas les phénomènes d'étranglement n'étaient pas dûs au kyste mais bien à une inflammation intra-abdominale dont la cause resta inconnue. L'enfant quelque temps après évacua par les selles une poche purulente qui échappa à toute investigation.

Le kyste peut siéger dans le canal inguinal, dans le scrotum ou près du testicule. De ces trois variétés d'hydrocèle enkystée, inguinale, scrotale et sus-vaginale, la plus fréquente est la scrotale. C'est du reste celle qui se prête le mieux à une étude clinique d'ensemble.

Le kyste est ordinairement unilatéral. Il peut cependant siéger à la fois à droite et à gauche. M. Duplay rapporte une observation de Dupuytren, dans laquelle il s'agissait d'un homme de 40 ans présentant deux hernies inguinales avec une double hydrocèle enkystée.

Le kyste n'est pas toujours unique. Souvent on en trouve plusieurs juxtaposés. Lavran avait vu « des tumeurs aqueuses grosses comme des grains de raisin placées d'espace en espace le long du cordon spermatique ». Dans une de ses dernières cliniques, M. le professeur Tillaux parle « d'un confrère qui présentait échelonnés le long du canal péritonéo-vaginal 10 ou 12 kystes séreux. Puisque le canal peut se fermer plus ou moins complètement, le siège et le nombre des kystes peuvent varier dans de grandes proportions ». C'est la tumeur moniliforme.

Se basant sur la perméabilité plus fréquente du canal péritonéo-vaginal à droite qu'à gauche, on avait cru que les kystes étaient plus fréquents de ce côté. Nous croyons qu'ils siègent aussi souvent à droite ou à gauche.

D'après Giraldès, chez le nouveau-né « les dimensions

du kyste varient depuis celles d'un grain de chénevis jusqu'à celles d'une petite noix ». Elles peuvent être plus étendues chez l'adulte. Dans le cas de Ledran (thèse de M. Duplay) il existait au-dessous de l'aîne une tumeur grosse comme un petit melon ». Arnaud en fit la ponction et en retira « près de trois demi-setiers d'eau ».

Pott cite un kyste de l'aîne dont il retira une « chopine de sérosité ». Fleury a vu une tumeur de 40 centimètres de circonférence et Blüth a vu un kyste ayant le volume d'une tête d'enfant.

Les modifications qu'apportent de semblables tumeurs dans la conformation extérieure des bourses sont variables. Dans les grosses tumeurs, dit M. Legueu, la déformation est considérable. « Le raphé est dépassé, la peau très distendue, l'extrémité inférieure de la tumeur descend plus ou moins bas le long de la cuisse, et le scrotum, en un mot, présente dans son ensemble cette conformation spéciale que lui impriment les plus volumineuses tumeurs du testicule. »

Quand elle siège dans le trajet inguinal, la tumeur est ronde, mobile, pouvant être refoulée par la pression.

Dans le scrotum c'est une bosselure siégeant à distance de l'anneau inguinal externe et du testicule, lisse, rénitente, translucide, un peu mobile le long du cordon, que l'on sent distinctement au-dessus et au-dessous. Libre de toute adhérence à la peau on la mobilise dans le sens vertical mais surtout dans le sens transversal. On peut, si l'anneau inguinal est assez large la refouler facilement jusqu'à l'entrée du canal d'où elle s'échappe aussitôt et spontanément. Si, dans quelques cas, on peut obtenir la

vraie réduction, il faut supposer l'existence d'une double poche en bissac et le passage alternatif du liquide de l'un à l'autre de ces diverticules.

Les efforts et la toux ne lui communiquent aucune impulsion et elle semble indépendante de tous les organes qui l'environnent sauf du cordon.

Elle affecte en effet, les rapports les plus intimes avec le cordon, qui comme nous l'avons déjà vu, n'est réellement distinct qu'au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Mais le kyste doit toujours être distingué du testicule, sauf les cas très rares de tumeurs volumineuses descendant assez bas pour coiffer le testicule et faire croire à une hydrocèle vaginale, ou bien qui affectent dès le début des rapports de contiguité si intimes avec le testicule, qu'il est difficile à l'origine de constater l'origine funiculaire de l'affection.

La fluctuation est plus ou moins marquée suivant la densité du liquide et l'épaisseur des parois. Le plus souvent la tumeur est plutôt dure, rénitente, donnant au doigt cette sensation de membrane distendue qui est caractéristique d'une membrane liquide.

La transparence est d'une valeur absolue pour le diagnostic du kyste séreux; elle varie nécessairement ensuite avec le contenu du kyste et l'état de sa membrane. Cette recherche est assez compliquée ici, à cause du volume moindre de la tumeur. De plus, elle ne peut guère s'appliquer qu'aux kystes du scrotum. En saisissant le cordon au-dessus et au-dessous du kyste on fait saillir ce dernier, pendant qu'on fait tenir une lumière du côté opposé.

Les signes fonctionnels sont en général insignifiants.

Souvent, trouvaille d'autopsie, le kyste du cordon est indolent dans la plupart des cas. Ne produisant ni gêne, ni douleur d'aucune sorte, il n'attirera l'attention du malade que le jour où surviendra une complication. Cependant les grosses tumeurs peuvent déterminer par leur volume autant que par leur poids une gêne qui empêche le malade de vaquer à ses occupations et l'engage à réclamer les soins du chirurgien.

M. Duplay dans une de ses cliniques cite le cas d'un jeune garçon de 13 ans chez qui un kyste du cordon, dès le début, et ayant à peine la grosseur d'une noisette, s'accompagnait de vives douleurs. Dans d'autres cas encore, on note des tiraillements le long du cordon dans la station debout et dans la marche, un peu de sensibilité à la pression et quelques douleurs lombaires. Dans l'observation suivante, le kyste était également douloureux.

OBSERVATION II

Hydrocèle enkystée du cordon. — Névralgie du cordon. — Ponction. — Injection d'alcool absolu (Ragot, Obs. II). Th. Paris, 1887.
Service de M. Tillaux. — Observation de M. Schwartz.

Le nommé X..., employé de commerce, âgé de 50 ans, entré à l'hôpital le 7 janvier 1875. Ce malade souffre depuis quelques temps de douleurs violentes partant du testicule droit et s'irradiant jusque dans la région lombaire en suivant le trajet du cordon spermatique. Les douleurs reviennent par accès et présentent le caractère névralgique.

A l'examen, le testicule et l'épididyme ne présentent rien d'anormal. Mais sur le trajet du cordon et sur la partie moyenne on

trouve une petite tumeur, molle, fluctuante, transparente, qu'on peut saisir entre les doigts et faire glisser la peau.

13 janvier. — Ponction et aspiration d'une petite quantité de liquide. Injection dans le kyste de 3 à 4 grammes d'alcool absolu. Liquide albumineux et fibrineux.

21 janvier. — Réaction, inflammation intense.

27. — Kyste stationnaire avec même volume qu'au début.

MARCHE

DURÉE. — TERMINAISON

Chez le nouveau-né le kyste du cordon peut disparaître spontanément comme l'hydrocèle infantile.

Plus tard, de même que chez l'adulte, la membrane se sera organisée, le kyste aura une marche chronique et n'aura aucune tendance à disparaître. Il pourra rester stationnaire très longtemps, toute la vie même, et ne se révéler qu'à l'autopsie.

Dans d'autres cas, il pourra subir la transformation crétaçée. Ses parois s'organisent, des dépôts calcaires s'y déposent et le kyste devient un corps dur placé sur le trajet du cordon. M. Schwartz en a rapporté une remarquable observation.

Nous la rapportons ici comme exemple de calcification. Elle montrera aussi le retentissement que peuvent avoir les kystes dans certains cas sur les organes voisins.

OBSERVATION III

Kyste du cordon à parois calcifiées présenté par M. Schwartz au nom de M. Roché de Toucy, membre correspondant de la Société anatomique.

C'est un kyste du cordon de la grosseur d'une grosse noix. La paroi est entièrement calcifiée. Le kyste est divisé en quatre

cavités par des cloisons incomplètes, calcifiées aussi. Il a été enlevé à un homme de 65 ans. Il a débuté il y a 15 ans. Les éléments du cordon lui étaient tellement adhérents qu'il était impossible de l'en détacher. Aussi le testicule s'est-il sphacélé et a été éliminé du scrotum (*Soc. Anat.* 1889, p. 347).

Mais cette transformation est rare et nous n'avons que peu d'observations de vaginalite plastique arrivée à un degré aussi absolu. C'est une autre évolution que suit le kyste lorsqu'il ne reste pas stationnaire. Nous rappellerons d'abord que les kystes du cordon ne sont le plus souvent que des épanchements de sérosité dans une séreuse en miniature, dans les restes du canal péritonéo-vaginal. Le processus d'oblitération n'est que le premier degré d'inflammation de la séreuse. C'est l'inflammation qui produit la sérosité, et pour expliquer l'inflammation, nous avons fait intervenir les chocs, les traumatismes (port de bandage, hernie, etc.). Nous avons ici le liquide clair, jaune citrin.

Dans la forme aiguë, la surface interne de la séreuse est dépolie, tomenteuse, et le liquide tient en suspension des masses flottantes, semi fluides, floconneuses, transparentes et dues à la coagulation de la fibrine.

Quand la séreuse suppure, elle est épaissie, vasculaire, et distendue par du pus, tantôt épais et crémeux, tantôt plus fluide, mais tenant des leucocytes en suspension.

Cette marche aiguë de l'hydropcèle enkystée est cependant encore assez rare. Nous en relatons des observations, mais nous croyons que le kyste du cordon suit généralement une marche chronique.

L'hématocèle enkystée du cordon spermatique fait suite dans bien des cas au kyste séreux. Non pas que ce soit toujours du sang pur que contienne la cavité séreuse. La transformation de l'hydrocèle en hématocèle suit tous les degrés depuis l'hydro-hématocèle jusqu'au liquide absolument composé de sang.

Longtemps cependant on a regardé l'hématocèle enkystée comme la conséquence d'une hémorrhagie. Le sang s'enkystait dans le tissu cellulaire et aucune relation ne pouvait exister entre le kyste séreux et l'hématocèle. Scarpa, Boyer, Cooper, Curling expliquent l'hématocèle par le traumatisme. Malgaigne n'a en vue que l'épanchement de sang consécutif à la rupture d'un gros vaisseau. Plus tard Jamain écrit: « Lorsque le liquide contenu dans le kyste est séreux, doit-on considérer l'affection comme une hématocèle? Quoiqu'il en soit, comme c'est surtout l'état de la poche qui donne le cachet spécial à l'affection nous rapprocherons cette forme de l'hématocèle proprement dite. » Jamain avait raison de se préoccuper de l'état de la poche. Malheureusement, pour lui, la poche n'était que le résultat de l'enkystement du sang dans les tissus du cordon. Gosselin sépare l'hématocèle spontanée vaginale de l'hématocèle traumatique pariétale. Il accepte « l'hématocèle consécutive » mais on n'arrive pas encore à la théorie de la vaginalite hémorrhagique, c'est-à-dire aux kystes du cordon donnant l'hématocèle enkystée. Les observations de kyste séreux transformés en hématocèles enkystés sont cependant assez fréquentes. Nous en relatons un cas observé à l'hôpital Trousseau, et qui nous paraît probant.

OBSERVATION IV

Obs. résumée. — Transformation de kyste séreux en hématocele. (*In Archives générales de médecine*, Février 1890, Legeu).

B... Louis, 14 ans, entre le 23 juillet à l'hôpital Trousseau dans le service de M. Jalaguier. Il porte dans la région inguinale du côté droit une tumeur dont il veut être débarrassé. Pas de douleur.

Pas d'antécédents morbides.

Il y a 5 ans, il s'aperçut un jour par hasard qu'il avait à l'aîne droite une petite tumeur, dont il n'avait auparavant jamais soupçonné l'existence. Elle était à ce moment de la grosseur d'une noisette, indolente. Quelques semaines plus tard elle avait un peu grossi. Il entre à l'hôpital et après quelques jours de repos au lit la tumeur disparaît. Il quitte l'hôpital. Un mois après la tumeur réparaît malgré un bandage. Comme la première fois elle était indolente, elle montait, descendait, mais ne disparaissait jamais même lorsqu'il était couché.

Depuis 4 ans, état stationnaire sans douleur. Il note cependant une légère augmentation de volume.

Etat actuel. — Dans la moitié droite du scrotum on trouve à la partie supérieure et sur le trajet du cordon une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, régulière sphérique, mobile sous la peau, mobile sur les parties profondes, mais adhérente aux éléments du cordon qui sont groupés à sa partie postérieure. Le canal déférent semble adhérer fortement à la paroi.

L'extrémité supérieure de la tumeur arrive jusqu'au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal mais sans y pénétrer.

Son extrémité inférieure reste nettement séparée du testicule et de l'épididyme par un profond sillon et le doigt peut facilement

constater l'absence de connexion entre la glande et la tumeur. Le testicule et la vaginale semblent absolument sains.

A la palpation. Tumeur élastique rénitente, ferme, sans fluctuation vraie. Sensation de paroi épaisse. Transparence peu nette.

On porte le diagnostic de kyste de cordon avec parois épaisses et liquide probablement hémorrhagique.

L'enfant n'accuse néanmoins aucun traumatisme antérieur.

Opération le 26 juillet. — Issue de 60 grammes environ d'un liquide couleur chocolat et de nature évidemment hémorrhagique bien qu'il n'y ait pas de caillots.

Paroi épaisse, il est facile d'en décoller une fausse membrane qui la double en dedans. On peut alors constater qu'il ne reste plus qu'une paroi fibreuse d'un blanc nacré, lisse, régulière en dedans et limitant la cavité dans laquelle on introduit un drain de 2 cm. 1/2. Pansement iodoformé.

2 août. — Il persiste à la place de la poche une induration qui se prolonge en bas jusqu'au testicule. L'enfant quitte l'hôpital le 3.

Examen histologique (D^r Achard). — Néo-membrane d'une épaisseur de 4 millimètres avec surface extérieure régulière, légèrement rugueuse, et surface intérieure recouverte de rugosités molles qui limitent ses alvéoles. Au microscope on trouve les mêmes dispositions que dans les hématocèles vaginales : c'est du tissu embryonnaire disposé en couches de date et d'ancienneté différentes et recouvertes en dedans par une couche inégale de fibrine. Les vaisseaux sont jeunes et on trouve au milieu de la paroi de petites hémorrhagies capillaires.

On ne croit plus aujourd'hui à l'organisation du sang épanché, et on rejette l'hémorrhagie comme point de départ de l'inflammation. C'est l'inflammation qui organise

les parois du kyste et la fragilité des parois vasculaires en explique la facile rupture et les hématomes qui s'accumulent entre la séreuse et la néomembrane.

Au début, inflammation chronique avec petit caillot fibrineux qui se dépose sur la séreuse sans l'altérer. Ce caillot fibrineux ne paraît constitué, au microscope, que par un réseau où les leucocytes abondent. Il s'étend dans la suite, peut atteindre une épaisseur égale à 1/2 millimètre sans nullement altérer la séreuse. Peu à peu la fausse membrane devient plus résistante, s'organise et contracte des adhérences plus intenses avec les parois de la séreuse.

Les vaisseaux sanguins apparaissent et abondent aux vaisseaux sous-séreux. Sur ce kyste on a maintenant une circulation avec des vaisseaux friables, qu'un traumatisme rompra ou même sans cause connue on verra se produire une hémorrhagie.

Le traumatisme joue un rôle dans cette vaginalite funiculaire plastique. Nous avons déjà dit qu'on peut le faire intervenir comme agent d'inflammation. Il peut intervenir aussi pour produire l'hémorrhagie en amenant la déchirure des vaisseaux dans les parois du kyste transformées. M. Legueu en cite quelques observations. Le plus souvent l'hémorrhagie se produira sous un effort insignifiant ou même sans cause connue, et produira la transformation hémorrhagique du kyste séreux.

Nous avons dit qu'on pouvait observer toutes les nuances depuis la sérosité légèrement teintée de sang (hydro-hématocèle) jusqu'au liquide véritablement sanglant. Le sang sera également modifié suivant l'ancienneté de l'hé-

morrhagie et on pourra ne trouver dans les vieilles hématoécèles que des caillots décolorés.

Nous relatons plusieurs observations où nous avons nettement trouvé ces différents degrés.

Nous verrons plus loin à propos du diagnostic, les signes qui nous permettront de différencier les kystes séreux des hématoécèles enkystées.

Nous donnons plus bas l'observation d'un malade où la tumeur était complexe. Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche avec hydrocèle gauche et kyste du cordon, et les trois séreuses présentaient des granulations tuberculeuses. Nous ne croyons pas qu'on ait encore signalé des kystes du cordon tuberculeux. C'est un exemple bien net du retentissement que peuvent avoir sur la séreuse péritonéo-vaginale les lésions voisines.

OBSERVATION V

Hydrocèle gauche. — Kyste du cordon gauche. — Hernie inguinale gauche. — Granulations tuberculeuses sur les trois séreuses.

S... Louis, 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 13 septembre 1893.

Hérédité nulle. Pas d'antécédents personnels.

Hernie connue depuis environ six semaines. Jamais de bandages.

Hydrocèle ponctionnée il y a trois semaines.

21 septembre 1893. — M. Broca l'opère. Cure radicale. On trouve :

1° Une hydrocèle. Peu de liquide. Feuillet pariétal de la vagi-

nale, épais, dur, lardacé. Mesure plus d'un demi centimètre d'épaisseur.

A la coupe : Zônes de granulations sur la surface de la section. Au contraire, granulations extrêmement nombreuses, dures, affectant le caractère de granulations grises sur la surface interne de ce feuillet.

Les plus volumineuses de ces granulations sont moindres que la moitié d'une tête d'épingle. Le feuillet viscéral conserve sa minceur. Quelques fausses membranes sur le testicule et l'épididyme faciles à détacher. Au-dessous, on trouve le cul-de-sac de la vaginale compris entre le testicule et l'épididyme libre. Le testicule est sain. On trouve des granulations tuberculeuses disséminées sur la partie convexe et les deux faces de l'épididyme.

2° Au-dessus de la vaginale ainsi transformée et communiquant avec elle par un pertuis filiforme on trouve un kyste du cordon du volume d'une petite amande. Les parois du kyste sont absolument souples et minces mais parsemées de granulations. Peu de liquide citrin.

3° Sac herniaire funiculaire dont l'extrémité borgne est à 2 ou 3 centimètres au moins du kyste sans que l'on retrouve ni canal ni cordon fibreux le reliant à lui. A l'ouverture du sac il s'écoule de la cavité péritonéale une cuillerée environ de liquide citrin. La paroi du sac présente de très rares granulations grises.

Cure radicale. Extirpation du feuillet pariétal de la vaginale et du kyste du cordon.

Dans l'examen de deux ou trois de ces granulations on ne trouve pas de bacilles. Mais l'inoculation d'un fragment de tunique vaginale à un cobaye donne un résultat positif.

Exeat. — Le 22 octobre ayant encore à se faire panser.

La coexistence des kystes du cordon et des hernies

inguinales est très fréquente. Y a-t-il entre ces deux processus une relation de cause à effet? On a dit que dans l'hydrocèle vaginale congénitale le liquide entretenait par sa seule présence la béance du canal et l'empêchait de s'oblitérer. Nous ne croyons pas que de semblables conclusions puissent s'appliquer à des kystes du cordon sans communication aucune avec le péritoine. Nous donnons plus loin les observations de trois hydrocèles enkystées du cordon, opérées par M. Broca. Dans ces trois cas, nous avons vu des hydrocèles très volumineuses dépassant ou atteignant l'anneau externe sans avoir eu à constater la présence de hernies. Dans le cas d'hématocèle enkystée avec prolongement abdominal que nous empruntons à M. Routier, la tumeur ne s'accompagnait pas davantage de hernie.

Pour d'autres observateurs, la hernie précède le kyste. Est-ce au seul bandage que l'on doit l'irritation de la séreuse péritonéo-vaginale qui amènera l'hydrocèle enkystée? Ou bien peut-on l'attribuer à l'irritation provoquée du côté de la séreuse par la seule présence de la tumeur herniaire dans le voisinage?

Le premier point à établir d'abord est que la coexistence du kyste et de la hernie suppose possible la hernie dite congénitale, « la hernie péritonéo-vaginale qui se fait dans le canal péritonéo-vaginal resté ouvert sur tout ou partie de sa longueur ». Après avoir rappelé les discussions sur le processus qui préside à l'oblitération du canal péritonéo-vaginal, M. Broca ajoute : « Pour Jarjavay l'oblitération monte et descend à la fois, partie du milieu. Cette opinion me paraît la plus exacte. Parfois

aussi les centres de soudure sont multiples. Cela explique les kystes en chapelet du cordon. Cela aussi va avoir de l'intérêt pour la hernie congénitale ».

Nous allons parler d'abord du kyste sacculaire bien décrit par le professeur Duplay. Voici comment cet auteur résume le mécanisme de leur formation : « Lorsque la hernie est habituellement contenue, le collet du sac obéissant à un travail de rétraction fibreuse comparable au processus cicatriciel se rétrécit et perd son extensibilité. On conçoit que ce travail puisse aller jusqu'à ne laisser subsister au niveau du collet, qu'un canal tout-à-fait insuffisant, pour permettre le passage de l'intestin ou même l'oblitération complète du collet. La hernie serait alors guérie, si les portions du péritoine situées au-dessus du pédicule de la hernie cédant à leur tour à la pression des viscères ne s'introduisaient dans le trajet herniaire, constituant ainsi un nouveau sac derrière le premier qu'elles refoulent en avant. » Il est probable que ces kystes ou pseudo-kystes sacculaires sont le plus souvent en réalité des kystes du cordon.

Il est possible qu'un kyste du cordon succède à une ancienne hernie péritonéo-vaginale. Le sac de cette hernie deshabité a pu s'emplir de sérosité; la rétraction fibreuse du collet est venue ensuite et ainsi s'est constitué un vrai kyste du cordon développé aux dépens des débris du conduit péritonéo-vaginal.

« La plupart du temps, dit M. Broca, le kyste n'a jamais fait partie du sac herniaire. » Rarement nous avons trouvé des kystes nous présentant des stigmates, des froissements, ou autres signes indiquant les restes d'un collet.

Presque toujours le kyste est séparé de la hernie par un cloisonnement transversal.

Si on se rapporte à notre étude du canal péritonéo-vaginal et si on se rappelle la disposition des valvules et des diaphragmes, on admettra que c'est à ces cloisonnements transversaux du canal péritonéo-vaginal qu'il faut rapporter l'origine de la plupart des kystes du cordon.

M. Broca a également décrit des cloisonnements longitudinaux dus au prolongement de la séreuse vaginale, ou naissant de la paroi postérieure du conduit péritonéo-vaginal : « On pourrait concevoir, dit M. Broca, la complexité clinique du cas, si avec une hernie coexistait une hydrocèle distendant une vaginale ainsi malformée. On pourrait également, avoir, en opérant, quelques hésitations si on tombait sur un sac séreux parallèle au sac herniaire et situé devant ou derrière lui, véritables kystes du cordon virtuels ou réels, c'est-à-dire vides ou pleins. Supposons en effet oblitérée la valvule sous laquelle tout à l'heure je pouvais engager mon stylet et nous aurons dans la paroi même du canal péritonéo-vaginal, un cylindre où pourra à un moment donné s'accumuler le liquide. Si on tient compte avec cela du glissement à la faveur duquel descend peu à peu une hernie, on comprend que l'on puisse trouver des kystes du cordon arrondis ou allongés situés le long du sac herniaire et non pas au-dessus de lui. » Nous donnons plus loin une observation de M. Broca qui prouve la justesse de ces observations. On trouve en avant de la hernie un sac séreux indépendant de la vaginale, bien fermé, et ne

communiquant pas non plus avec le péritoine. Mais la pointe du sac kystique clos, adhérait à la face antérieure du sac herniaire, au niveau de l'anneau extérieur mais sans rien qui ressemblât à des stigmates.

L'inflammation de la vaginale, suivant l'apparition d'une hernie semble devoir être regardée comme la cause des kystes du cordon. Dans la plupart de nos observations c'est le kyste qui a d'abord attiré l'attention du malade, il est bien possible que dans quelques cas il apparaisse le premier. Dans tous les cas, il devra mettre le chirurgien en éveil et lui faire songer aux malformations du conduit péritonéo-vaginal. La hernie pourra être située en avant ou en arrière du kyste ; le plus souvent elle le surmontera. Enfin il ne faudra pas reculer devant un long examen pour découvrir une pointe de hernie. Nous avons vu tous ces degrés à l'hôpital Trousseau et ce n'est pas sans peine dans quelques cas qu'on est arrivé à établir un diagnostic certain.

L'hydrocèle vaginale est regardée comme une complication fréquente du kyste du cordon : « J'ai souvent vu, dit Ledrain, des tumeurs aqueuses grosses comme des grains de raisin, placées d'espace en espace le long du cordon spermatique, accompagner une véritable hydrocèle placée sur le corps du kyste ». Nous n'avons constaté cette complication que dans un cas, et encore le malade présentait-il en même temps une hernie inguinale.

Dans une autre observation le malade présentait une vaginale un peu spacieuse contenant un peu de liquide. Il avait une hernie inguinale droite étranglée, et sous cette

hernie on constata la présence d'une cavité kystique ne contenant pas de liquide.

Dans une autre observation un kyste plein de liquide communiquait avec la vaginale qui était absolument vide.

Bien souvent nous avons constaté les connexions intimes de la séreuse vaginale avec un kyste du cordon sans trouver d'hydrocèle.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes du cordon est en général facile. Rappelons brièvement ici ses caractères principaux. Une tumeur de volume variable mais ne dépassant pas ordinairement un œuf de pigeon, et siégeant sur le trajet du cordon dans sa portion funiculaire ou inguinale. Ordinairement sans douleur, même à la pression. Irréductible. Dure, rénitente, transparente. Ne subissant pas l'impulsion de la toux. Indépendante du testicule et permettant, au-dessus et au-dessous de son siège, de différencier nettement le cordon.

La polyorchidie est une affection bien rare, si tant est qu'il en existe des exemples bien authentiques. La pression réveillerait sur le troisième testicule la même sensation que sur les autres (Macann et Prankerd). Plusieurs observateurs auraient confondu dans quelques cas des kystes du cordon avec un troisième testicule, mais cette erreur est surtout fréquente chez le malade.

Lorsque le testicule n'est pas encore descendu on pourrait confondre un testicule en ectopie avec un kyste du cordon. Le testicule en ectopie est souvent douloureux au toucher, mais on évitera sûrement toute erreur de diagnostic en s'assurant au préalable de la présence du testicule dans les bourses.

Les tumeurs solides du cordon du testicule ne peuvent être que difficilement confondues avec les kystes du cordon (Brossard). Les lipômes, bien étudiés par M. Broca, présentent deux variétés : les uns sont extra-inguinaux, et les autres envoient un prolongement dans l'abdomen. Si la tumeur est multilobulée, le volume de ces différents lobules à surface sphérique, ovoïde, et emplissant tout le scrotum, ne permettra guère une erreur de diagnostic. MM. Brossard et Broca ont cité quelques cas de lipômes du cordon, M. Reynier vient d'en publier une observation.

Les myxômes, affection bien rare du cordon du testicule, ne présentent guère de points de ressemblance avec les kystes. Nous en dirons autant des sarcômes, des myomes, tumeurs solides occasionnant des symptômes autrement graves que les kystes du cordon.

L'hygroma préherniaire est une affection très rare (M. Broca). Le bandage peut l'occasionner, mais « c'est un kyste quand on a une cavité séreuse à parois lisses, mince, facilement isolable, bien limitée, non cloisonnée et surtout située dans les plans profonds sous la fibreuse commune et non dans le tissu conjonctif superficiel. » En tout cas, dans toutes les cures radicales de hernie auxquelles nous avons assisté, nous n'avons jamais rien vu qui ressemblât à un hygroma préherniaire.

Rarement le cordon du testicule présente, isolément, des lésions syphilitiques. Ordinairement les testicules sont atteints ainsi que les ganglions inguinaux. L'influence du traitement, comme dans le cas de M. Broca, lèverait tous les doutes.

Rarement aussi, la tuberculose est localisée seulement sur le cordon.

Nous relatons une observation de kyste hydatique du cordon. C'est une tumeur qui ne dépasse pas l'orifice extérieur et qui est indépendante du testicule. Le patient accusait quelques douleurs et présentait un épididyme un peu gros et douloureux. On porta le diagnostic de kyste du cordon. Un testicule atrophié, la douleur, l'absence de transparence devaient faire tenir le diagnostic en suspens.

Peut-être ce kyste hydatique n'était-il qu'une complication d'un kyste du cordon car l'autopsie montra « que le canal inguinal n'était fermé du côté de l'orifice extérieur que par une sorte de diaphragme. A côté du cordon on trouvait les restes d'un kyste en forme de poche. »

On relate cependant plusieurs observations de kystes hydatiques de l'aîne. M. le professeur Duplay en a cité plusieurs exemples. M. Verneuil en a rapporté 9 cas. M. Lafourcade en a publié également une observation. Voici quels seraient leurs signes : Tumeur fluctuante, non pulsatile, non soufflante, non réductible et donnant à la palpation une crépitation amidonnée, en tout semblable à celle des kystes synoviaux à grains riziformes. La ponction donne d'utiles indications si le kyste n'est pas suppuré.

OBSERVATION VI

Deutsche Klinik, Berlin, 1858, X, 228.

Hydrocèle enkystée par Heyfelder (J.-F.).

Hydatides.

Alexandre G..., 17 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Hydrocèle droite ponctionnée il y a trois mois. Puis la tumeur se reproduit, et reparait encore malgré une nouvelle ponction.

Actuellement la douleur part du testicule le long du cordon et augmente avec les mouvements.

A l'examen sensibilité et fluctuation.

Le testicule et le cordon gauche sont normaux.

Le testicule droit est facile à sentir. L'épididyme est un peu augmenté de volume et sensible au toucher.

Le cordon présente entre le testicule et l'orifice inguinal externe une tumeur arrondie ayant les dimensions d'une noix sans connexions avec le testicule et n'arrivant pas jusqu'au canal inguinal qui est fermé. Fluctuation peu distincte.

Diagnostic. — Hydrocèle kystique, c'est-à-dire kyste rempli de liquide aqueux développé dans le tissu cellulaire du cordon spermatique.

On procède à l'extirpation. Incision de 1 pouce 1/2 de longueur. On trouve une tumeur composée de deux parties mais entourée d'une enveloppe commune. Après qu'on eut ouvert l'enveloppe on se trouva en présence de deux tumeurs parfaitement séparées. La première qui était entourée d'une enveloppe mince avait la grandeur d'un œuf de moineau et laissait reconnaître une agglomération d'hydatides.

Elle prenait son point de départ dans le cordon et était pédicu-

lée. L'autre au contraire présentait une enveloppe plus solide. Elle était du reste plus consistante et un peu plus grande que la première. Elle était implantée sur le cordon par une large base. Ici aussi on pût reconnaître des hydatides. Une ponction mit la chose hors de doute. On ouvrit et la tumeur hydatique fut excisée. Le sac lui-même s'étendait jusqu'au canal inguinal. On l'enleva en grande partie.

Mort.

Autopsie. — Ne montre qu'un degré modéré de péritonite limitée. Il semble qu'il a dû y avoir primitivement une hernie congénitale car le canal inguinal du côté de l'orifice externe n'était fermé que par une sorte de diaphragme avec ouverture à peine suffisante pour laisser passage à une sonde. A côté du cordon il y avait les restes d'un kyste en forme de poche. Cordon épaissi. Testicule atrophié.

Nous avons déjà cité l'observation de funiculite séreuse d'origine rhumatismale. C'est une tumeur fluctuante et transparente allant de l'épididyme à la fosse iliaque. Dans notre cas elle présentait deux kystes superposés le long du cordon. Nous avons déjà discuté ce point.

Le diagnostic est aisé avec le varicocèle même avec rupture des veines, et nous ne devons nous en préoccuper que comme complication possible de l'hématocèle funiculaire.

Le kyste spermatique présente souvent plus de difficultés. Nous ne parlons pas ici des cas « d'hydrocèle spermatique » sans rapport aucun avec le cordon, et développé, soit aux dépens des débris de corps de Wolff appartenant à la glande et à l'épididyme, soit entre les deux feuillets du cul-de-sac sous-épididymaire décrit par

M. Poirier. Cette tumeur peut considérablement augmenter et remonter parfois sur le cordon. Mais le palper testiculaire et épидидymaire écarterait tout diagnostic de kyste du cordon.

Mais le kyste spermatique peut se développer sur tous les points du canal excréteur, même sur le canal déférent. Il peut être dû à une sclérose provoquant une dilatation latérale des conduits (Monod et Arthaud). **M. Vautrin**, dont nous avons plus haut donné les conclusions, en a observé un cas sur le canal déférent. Nous donnons plus loin un résumé de son observation. Il y a de nombreuses observations où la ponction du kyste du cordon a donné issue à un liquide lactescent, et contenant des zoospermes. Les signes physiques n'ont pas toujours grande valeur pour établir le diagnostic.

Le début est généralement insidieux, et la tumeur n'est reconnue que lorsqu'elle atteint le volume d'un grain de raisin ou d'une noix.

On peut alors avoir une tumeur siégeant sur le trajet du canal déférent, absolument indépendante du testicule et de l'épididyme comme dans le cas observé par **Paul Broca**. La transparence et la fluctuation peuvent quelquefois s'observer. Le diagnostic qui peut présenter de grosses difficultés ne peut s'établir que par la ponction avec la seringue de Pravaz.

Les kystes de l'épididyme sont en général d'un diagnostic plus facile même lorsqu'ils sont assez volumineux pour s'élever sur le cordon.

L'examen du testicule et de l'épididyme en rapport

avec la tumeur suffira à lever tous les doutes. La coexistence du kyste du cordon et du kyste de l'épididyme a cependant été signalée dans quelques cas.

Le diagnostic avec l'hydrocèle commune non congénitale de la tunique vaginale s'impose. On ne peut pas confondre cette tumeur liquide englobant et cachant le testicule avec un kyste du cordon.

Comme les kystes elle peut être fluctuante et transparente, mais sans contact avec le cordon, elle ne peut pas causer d'erreur de diagnostic.

Nous reviendrons plus loin sur l'hydrocèle comme complication des kystes du cordon.

L'hydrocèle congénitale en rapport avec la cavité péritonéale se distingue très facilement des kystes du cordon. Mais la connaissance de sa pathogénie explique sa fréquente coïncidence avec les kystes du cordon.

L'hydrocèle en bissac est due à une anomalie de la vaginale. Le cul-de-sac de la vaginale peut remonter à « 1 centimètre, 1 cent. 1/2, 2 centimètres, atteindre même l'orifice inguinal profond » formant ainsi l'hydrocèle en bissac bien étudié par M. Bazy. Cette hydrocèle en bissac, qui d'après cet observateur se serait développée dans le conduit vagino-péritonéal oblitéré seulement à l'orifice inguinal profond pourrait être confondue avec une hydrocèle compliquée de kyste du cordon. Cependant l'absence de tout enkystement du liquide permettra d'éviter l'erreur.

Le diagnostic peut être rendu plus difficile, lorsque cette hydrocèle péritonéo-vaginale se développe dans le prolongement tubulé qu'a décrit M. Broca. On a alors deux

tumeurs liquides superposées ne communiquant que difficilement entre elles par un pertuis. Il faudra bien rechercher cette communication entre les deux poches pour ne pas croire à un kyste du cordon compliqué d'hydrocèle vaginale. Nous avons relaté un cas où cette communication n'existait plus.

Le diagnostic avec la hernie peut présenter de grandes difficultés quand existe en même temps un kyste, et souvent même être impossible. Nous parlons ici de la hernie inguinale simple non compliquée de kyste.

Chez les enfants encore à la mamelle, on trouve dans l'aîne un gonflement situé à l'orifice externe du trajet inguinal. Il se produit et augmente de volume au moindre effort de l'enfant et surtout lorsqu'il crie. Ce gonflement est mou, facilement réductible et très dépressible.

Il descend plus ou moins dans les bourses. Lorsque la tumeur est réduite, tantôt elle se reproduit très vite, tantôt elle reste un certain temps avant de se montrer de nouveau.

Chez l'adulte et le vieillard, le diagnostic de la pointe de hernie et de la hernie inguino-interstitielle peut souvent être très difficile. La hernie inguino-pubienne et inguino-scrotale a généralement des caractères bien nets. Elle peut se produire tout d'un coup dans un effort et acquérir très vite le volume d'une tête d'enfant ou d'adulte. Dans la plupart des cas, elle a un développement progressif.

Cette tumeur est réductible, molle, sonore en général à la percussion, à moins qu'elle ne contienne une portion notable d'épiploon et les doigts y délimitent facilement

un corps et un pédicule. Douée d'expansion elle se tend et augmente de volume quand on commande au malade de tousser. Lorsqu'on la serre entre les doigts en la refoulant vers son pédicule et dans sa direction, cette tumeur rentre, elle est réductible.

Nous croyons que ces différents caractères de la hernie simple, réductible, empêcheront de la confondre avec un kyste. Le kyste n'est pas réductible, mais refouable. Dans certains cas, quand on le presse, il disparaît en bloc, mais une palpation attentive permet de reconnaître l'endroit où il est allé se loger et de le faire réapparaître aussitôt avec tout son volume.

Le diagnostic de la hernie inguino-interstitielle, dit M. le professeur Tillaux « est facile à faire puisqu'en même temps que les signes ordinaires, réductibilité, bruit de gargouillement, on constate l'absence du testicule dans le scrotum et sa présence dans le canal inguinal ».

La hernie étranglée peut être d'un diagnostic plus difficile. L'impossibilité subite de réduire une hernie habituellement réductible, des accidents généraux graves, pouvant aller jusqu'à la prostration et l'algidité la plus marquée, des troubles digestifs, nausées, vomissements, arrêt complet dans la circulation des matières fécales, enfin une tumeur herniaire plus volumineuse, plus tendue, douloureuse à la pression, tels sont les caractères cliniques auxquels on reconnaîtra une hernie étranglée. Ces caractères paraissent suffisamment nets pour ne pas confondre une hernie étranglée avec un kyste du cordon. Nous avons cependant des observations où l'erreur a été commise, et où le chirurgien tombait sur un kyste sup-

puré avec absence de hernie. M. Duplay déclare que les symptômes ne sont jamais aussi prononcés dans les kystes suppurés que dans les hernies étranglées. De plus on n'a jamais de constipation ni de vomissements fécaloïdes. Au début cependant les erreurs sont faciles.

Mais on peut avoir « l'étranglement d'emblée » lorsque la hernie s'étrangle en se proluisant. L'absence de commémoratifs, la recherche difficile d'une hernie petite et profondément située dans le trajet inguinal, la constatation possible d'une tumeur dans le pli inguinal, peuvent faire confondre une hernie avec un kyste suppuré. Le kyste présente une consistance plus dure, une forme arrondie et ovale, et donne la sensation d'un noyau de cerise qui s'échappe entre les doigts qui le pressent. En face d'une hernie inconnue et qui peut-être est irréductible, on peut méconnaître l'étranglement. M. le professeur Duplay a insisté sur les difficultés du diagnostic. Il donne trois observations de kyste sacculaire suppuré confondu avec un étranglement herniaire.

La coexistence du kyste et de la hernie est très fréquente. Nous en relatons plusieurs observations. La fausse réductibilité, la transparence, l'indolence, caractère que l'on assigne aux kystes du cordon, ne sont pas des signes qui permettent toujours de différencier nettement les deux tumeurs. Les rapports qu'affectent le kyste et la hernie sont importants à déterminer : « Il n'est pas indifférent dans les cas de hernie et de tumeur de cordon, dit Chassaignac, de connaître la position exacte de la tumeur. On s'en assure facilement en faisant monter et descendre plusieurs fois la hernie pour voir si elle passe

en avant ou en arrière de la tumeur. Nous avons déjà donné une observation où M. Broca a trouvé un kyste masquant absolument le sac herniaire. Dans une autre observation, avec les cris de l'enfant, la hernie descendait et recouvrait en avant le $\frac{1}{3}$ supérieur du kyste. Nous donnons plus loin l'histoire d'un enfant opéré par M. Verneuil. Le sac herniaire descendait au devant d'un kyste enflammé. Généralement la hernie est située au-dessus du kyste et l'introduction du doigt dans l'anneau inguinal permet de recevoir facilement l'impulsion herniaire sous l'influence de la toux. Dans une de nos observations, on se trouvait en présence d'un kyste du cordon gros comme une noisette. Il fut impossible de reconnaître la présence d'une hernie. On ne la trouva qu'en faisant la cure radicale. Même dans les kystes du cordon volumineux, on peut en général diagnostiquer la hernie. La possibilité de refouler le kyste et d'introduire le doigt dans l'anneau permettent de ne pas méconnaître un kyste compliqué de hernie.

Nous avons déjà étudié les signes qui permettent de différencier l'hydrocèle vaginale des kystes du cordon. La coexistence fréquente de ces deux tumeurs peut mener à quelques erreurs de diagnostic.

L'isolement possible du testicule d'avec le kyste, différenciera l'hydrocèle vaginale de l'hydrocèle enkystée du cordon, même dans les cas difficiles, c'est-à-dire dans ceux où en raison de son grand volume elle enveloppe plus ou moins le testicule. La position normale de ce dernier organe fera rejeter toute idée d'épanchement liquide dans la vaginale.

Mais le diagnostic d'hydrocèle enkystée du cordon compliquée d'hydrocèle vaginale, et masquée parfois par elle, peut présenter quelques difficultés. Cependant, la région élevée de l'hydrocèle enkystée, la non communication de la fluctuation entre les deux masses pourront éclairer le diagnostic. Après avoir nettement établi le diagnostic d'hydrocèle on pourra ensuite établir la nature d'une tumeur du cordon, liquide, transparente, et en communication avec la séreuse vaginale. Le diagnostic peut présenter plus de difficultés lorsqu'avec le kyste on trouve une hernie et une hydrocèle.

Nous en donnons plus loin une observation.

Il peut être difficile de déterminer la nature du kyste. Nous avons dit que l'hydrocèle enkystée résultait d'un travail irritatif local et que ce processus morbide aboutissait à l'inflammation de la vaginale, chronique le plus souvent, aiguë dans quelques cas. On peut trouver tous les degrés entre la forme aiguë et la forme chronique. Au lieu de sérosité, le kyste peut contenir du pus, de nature tuberculeuse dans un cas que nous avons déjà relaté. D'autres fois, le sang peut se mêler à de la sérosité pour constituer l'hydro-hématocèle enkystée ; il peut être pur et nous avons alors l'hématocèle enkystée. Nous avons vu aussi que nous pouvions avoir un épaissement hyperplasique, une véritable sclérose, et que la séreuse pouvait se transformer en une coque crétifiée et absolument incapable de revenir sur elle-même. Nous avons noté dans plusieurs observations ces dépôts calcaires sur les parois du kyste. Nous avons également donné plus haut l'observation de M. Schwartz.

Toutes ces formes du kyste peuvent avoir une symptomatologie diverse.

Le kyste purulent peut se révéler brusquement avec les signes d'une hernie étranglée. Il se présente alors sous forme d'une tumeur tendue, douloureuse, et ayant souvent perdu toute transparence. Nous n'avons pas ici à discuter le diagnostic différentiel du kyste purulent, mais seulement à rechercher les modifications que peut avoir subi le kyste séreux, car le kyste est rarement purulent d'emblée. Une contusion, une ponction faite précédemment avec des instruments malpropres pourront mettre sur la voie du diagnostic. Pour lever tous les doutes, et déterminer sûrement la nature du liquide, il faudra avoir recours à la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz.

Nous avons déjà vu combien rare devait être l'épanchement sanguin traumatique dans les kystes du cordon. La constance de la fausse membrane, la fragilité de la paroi des vaisseaux de nouvelle formation qui parcourent cette fausse membrane, leur fréquente rupture, telles sont les causes de l'épanchement du sang dans un kyste séreux.

Le travail d'inflammation et l'hémorrhagie qui en est souvent la conséquence peuvent se produire sans bruit, à l'insu du malade, et pour expliquer son hématocele, le malade ne trouve pas le moindre traumatisme. L'examen de la tumeur est négatif aussi. Comme le kyste séreux, l'hématocele enkystée est irréductible, indépendante du testicule et de ses annexes ne recevant pas d'impulsion à la toux.

La peau qui la recouvre est saine et non adhérente. La

tumeur présente des parois lisses, unies, sans bosselures ; elle est dure et rénitente. La transparence peut faire défaut. Comme dans l'hydrocèle elle est pathognomonique, mais le moindre volume du kyste et sa situation en rendent la constatation généralement plus difficile. Il faut la rechercher quand même ; saisissant le cordon au-dessus et au dessous de la tumeur, on fait saillir cette dernière pendant qu'un aide tient une lumière du côté opposé. Si la transparence manque, il faudra penser à un épaissement de la paroi ou d'un épanchement non séreux. On comprendra que toutes ces difficultés ne pourront souvent être levées que par la ponction exploratrice.

Nous avons vu que dans quelques cas une hématoçèle enkystée pouvait survenir dans un kyste séreux du cordon. Il importe de différencier nettement ces hématoçèles enkystées des hémorrhagies que peut produire un traumatisme dans le cordon. Ce diagnostic pouvait être rendu difficile à la naissance. M. W. Spencer a relaté en 1892 l'observation d'un enfant qu'on lui amène à l'hôpital de Westminster pour une tumeur, siégeant au côté droit du scrotum.

La mère ne s'en était aperçue que trois jours après la naissance, mais elle ne put pas dire si elle existait au moment même de l'accouchement. La tumeur intéressait principalement la partie postérieure du testicule et la partie inférieure du cordon spermatique.

Mais la peau recouvrant la tumeur était adhérente et présentait une coloration noirâtre. La ponction donna issue à un liquide très foncé.

L'intervention montra une tunique vaginale et un tes-

ticule sain et démontra que la tumeur était constituée par un hématome de l'épididyme et du cordon causé par la rupture des veines spermatiques.

Nous croyons que dans tous les cas d'hémorrhagies, l'aspect de la tumeur, son volume, l'adhérence de la peau et sa coloration sont des éléments très suffisants pour établir le diagnostic.

La funiculite phlegmoneuse se reconnaît aux symptômes bruyants qui l'accompagnent. Elle est due à une intervention chirurgicale avec des instruments septiques à un traumatisme, à la blennorrhagie d'après quelques observateurs. Le pus siège dans la tunique fibreuse commune et le cordon se révèle par une masse dure qui va de la partie supérieure et postérieure du testicule au-delà de l'anneau inguinal extérieur.

KYSTES DU CANAL DE NÜCK.

Ces kystes comparables à ceux qui se développent dans le canal péritonéo-vaginal proviennent d'anomalies dans l'involution du canal de Nück, qui au lieu de disparaître dans son trajet inguinal, s'est simplement oblitéré au niveau de l'orifice interne de ce trajet ou au contraire ne s'est oblitéré qu'en quelques points différents du canal de Nück pour en déterminer le cloisonnement. Cette oblitération incomplète du canal est formée par les replis semi-lunaires et les diaphragmes saillants dans la cavité de Nück et qui ont été bien décrits par M. Berger. Ces kystes du canal de Nück peuvent souvent être refoulés

dans le trajet inguinal. Ce sont des tumeurs allongées pouvant souvent atteindre le volume d'un œuf, remplissant quelquefois tout le trajet inguinal et pouvant même s'étendre jusqu'aux grandes lèvres. En général ce sont des collections liquides se présentant sous la forme de petites tumeurs de volume d'une amande ou d'une noix, irréductibles et siégeant dans l'intérieur du canal inguinal. De plus, présentant une grande mobilité elles sont capables de disparaître momentanément sous la pression. Dans quelques cas assez rares, ils sont vides et passent inaperçus.

La coexistence des kystes du canal de Nüch avec la hernie congénitale est très fréquente. La non-oblitération du prolongement dont le péritoine accompagne le ligament rond chez le fœtus prédispose à la formation de véritables hernies congénitales. L'on ne peut nier que presque toutes les hernies inguinales chez la femme se soient produites par la pénétration des viscères dans ce sac préformé, comme chez l'homme les hernies congénitales sont dues à la persistance du conduit péritonéo-vaginal et à la pénétration d'une anse intestinale dans ce conduit. « Un certain nombre de kystes de la région inguinale chez la femme, dit M. Berger, ne peuvent être rapportés à une autre origine qu'à la persistance du canal de Nüch dans sa partie terminale, sa communication avec le péritoine s'étant plus ou moins complètement fermée. » Il discute les caractères de ces kystes développés aux dépens du canal de Nüch : Adhérence de la collection séreuse au ligament rond, pédicule que la poche envoie dans le trajet inguinal et qui la relie au péritoine. Quel-

quelquefois communication étroite qui persiste encore entre la collection séreuse et l'intérieur de l'abdomen. Pour M. Berger, ces caractères établissent « clairement la relation qui unit le développement de ces tumeurs à l'absence d'involution du processus péritonéal. »

Leur diagnostic n'est pas sans présenter quelque difficulté. Dans les kystes de la glande de Bartholin la tumeur est située à la partie inférieure de la grande lèvre. L'ovaire hernié se reconnaît à sa forme, à sa consistance, à sa sensibilité spéciale.

L'hydrocèle congénitale, communiquant avec le péritoine et par conséquent très réductible, est une lésion très rare chez la femme. On sait que la hernie chez la femme peut offrir plusieurs degrés et qu'à son point de développement extrême elle est logée dans l'épaisseur de la grande lèvre. Le diagnostic dans la hernie réductible est généralement facile, mais on peut trouver de grosses difficultés quand le kyste enflammé donne les symptômes bruyants de l'étranglement herniaire. On a dit, il est vrai, que, dans le kyste enflammé, les vomissements n'étaient pas aussi opiniâtres et la constipation n'était pas absolue. Ces caractères sont insuffisants pour rejeter la hernie étranglée.

La tumeur herniaire peut manquer en apparence du moins, quand la hernie est petite et à peine engagée dans la paroi abdominale. De plus, elle peut être masquée par le kyste.

Nous donnons ici une observation de M. Broca où une hernie inguinale coexistait avec un kyste du canal de

Nück. Les symptômes d'étranglement étaient dûs manifestement à la hernie.

OBSERVATION VII

Hernie inguinale chez la femme. — Kyste du canal de Nück.

B... Adèle, 19 ans, couturière, entre le 21 janvier 1892, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 20.

Début il y a deux ans. La malade constate alors que la lèvre droite est un peu plus grosse, et il y a trois mois elle a pris subitement les dimensions actuelles.

La hernie occasionne quelques douleurs, surtout par la station debout, et il y a trois mois elle a occasionné des accidents aigus avec vomissements simulant l'étranglement. Ces accidents durèrent deux jours pour se calmer spontanément. Ils ont décidé la malade à se faire opérer.

Actuellement. — Lèvre droite un peu plus saillante à son extrémité supérieure que la gauche. La tumeur est impulsive, étalée, un peu plus grosse qu'une noix. Elle est facilement réductible. Le canal inguinal est oblique et pas très élargi, mais il reçoit le doigt.

24 janvier. — Cure radicale par M. Broca. Incision oblique sur le trajet inguinal, assez en dehors pour l'éloigner du pli génito-crural. On tombe d'abord sur un petit kyste séreux pré-herniaire, gros comme une noisette et contigu au sac herniaire. Dissection aux doigts. Nœud de Tait. Le ligament rond n'a pas été vu. Suture sans drainage.

Pansement iodoformé.

Le soir la malade va bien.

25 janvier. — Indolence. Nullement incommodée par son opération.

8^e jour. — Premier pansement. Réunion immédiate totale.

15^e jour. — Pansement iodoformé.

15 février. — Exeat. Pas d'impulsion à la toux.

Revue le 4 avril 1892. — Exeat. Va bien. Pas d'impulsion à la toux.

Voici maintenant une autre observation où les accidents produits par l'inflammation d'un kyste du canal de Nück se confondaient avec ceux que détermine la hernie inguinale. De plus, à l'examen on trouvait « une tumeur ressemblant à une hernie inguinale assez volumineuse que l'on ne peut réduire, mais ne pénétrant pas dans la grande lèvre. »

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale droite. Kyste du canal de Nuck.

N.... Laure, 4 ans 1/2.

Entrée le 29 avril 1893, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Une sœur a une hernie.

Celle de notre malade date de 2 ans. Elle n'a pas cessé depuis de porter un bandage (nuit et jour).

Hier matin, l'enfant a été examinée à l'occasion de vomissements alimentaires qu'elle présentait depuis quelques heures. Le médecin frappé par la présence simultanée d'une masse irréductible siégeant en dehors du canal inguinal et les commémoratifs d'une hernie, l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée.

Etat actuel (29 août). — Les vomissements ont complètement cessé. Le faciès et le pouls de l'enfant sont très bons, mais il existe une tumeur ressemblant à une hernie inguinale assez

volumineuse, que l'on ne peut réduire, mais ne pénétrant pas dans la grande lèvre.

On ne peut mieux s'assurer de ses caractères, ainsi que de ceux de l'abdomen (pour réductibilité, etc.). L'enfant ne cessait pas de crier et de se débattre.

Chloroforme. Le ventre est souple. La tumeur est très mobile sans pédicule. Cependant on opère (M. Delanglade).

Cure radicale. Extirpation d'un kyste gros comme un gros œuf de pigeon ou petit œuf de poule, rempli d'un liquide jaunâtre et filant. Derrière et en dedans petite pointe de hernie, se continuant obliquement avec le kyste et non étranglé. Dissection très laborieuse des fibres du ligament rond.

5 septembre. — Ab'ation des fils.

12 septembre. — Réunion complète et linéaire.

17 septembre. — Exeat. Guérie.

On voit quelles difficultés peuvent entourer le diagnostic des kystes du canal de Nück compliqués ou non d'hernies inguinales. Cette erreur a d'ailleurs peu d'importance car dans tous les cas il faut intervenir.

Il est possible que le kyste du canal de Nück, se montrant à la naissance, guérisse spontanément. Mais chez l'adulte il n'a pas de tendance à disparaître, il s'aggrave au contraire en augmentant souvent de volume et en arrivant à la suppuration. On a préconisé l'injection iodée mais la récurrence n'a pas tardé à apparaître. La cure radicale est le traitement de choix; elle délivrera la malade d'une tumeur gênante quelquefois par son volume et qui, dans tous les cas, peut toujours suppurer. Et si on se rappelle « que la permanence du canal de Nück doit être

considérée comme une hernie en puissance », il faut la traiter comme telle et appliquer le traitement radical. Rien n'indique en effet qu'il n'y ait pas communication du péritoine avec le canal de Nück même dans les cas d'hydrocèles enkystées.

TRAITEMENT

Chez l'enfant qui vient de naître, le kyste du cordon peut guérir spontanément. Plus tard, et lorsqu'on se sera au préalable assuré qu'il n'y a pas de hernie ou d'hydrocèle, il faudra intervenir.

Quelques médecins ont préconisé les applications continues sur la tumeur de compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque.

Cette méthode réussirait habituellement dans un laps de temps variant de trois jours à une semaine.

Le traitement résolutif peut être remplacé par la ponction simple, ou immédiatement suivie d'une injection irritante destinée à provoquer une inflammation adhésive entre les deux feuillets de la tunique et par suite leur accollement. C'est l'injection d'alcool rectifié que nous avons employé. Le malade étant couché horizontalement dans son lit, le chirurgien placé à sa droite saisit fortement le kyste de sa main gauche, de façon à y produire une forte tension. Il saisit alors de la main droite la seringue de Pravaz. On vide la tumeur aussi complètement que possible. On la malaxe ensuite de façon à la débarrasser du liquide qu'elle peut encore contenir et on procède à l'injection. Chez nos malades de trois mois nous faisons une injection d'alcool avec la seringue de

Pravaz remplie au quart. Le liquide injecté : la seringue est retirée avec précaution. Deux doigts de la main gauche pincent la peau qui recouvre le kyste, pendant que de la main droite le pouce et l'index attirent cette seringue au dehors. L'index de la main gauche obture l'orifice après le retrait de la seringue. Nous n'avons jamais jugé utile d'appliquer sur cette petite plaie du collodion ou du diachylon.

Chez l'adulte nous trouvons de nombreuses observations où l'on vante les bienfaits de la teinture d'iode en injection. On peut, soit avant, soit après la ponction, produire l'anesthésie locale avec une solution de cocaïne à 2 pour 100. Il vaut mieux cependant avoir vidé le kyste au préalable, et pousser l'injection dans la séreuse.

La teinture d'iode doit être fraîchement préparée pour que l'énergie en soit plus grande. 20 grammes suffisent ordinairement.

On pousse la teinture d'iode dans la séreuse jusqu'à ce qu'elle soit distendue, on malaxe légèrement, on presse ensuite la tumeur de façon à la vider aussi complètement que possible. Les quelques gouttes de teinture d'iode qui peuvent y rester ne font que provoquer une irritation plus durable qui hâtera le succès. M. Duret (Th. Caron. Massidou, 1884), cite trois observations, où, huit à quinze jours après l'injection, on obtint la guérison complète.

Nous ne croyons guère qu'on puisse reprocher à la ponction la blessure des vaisseaux spermatiques, la phlébite, l'infection purulente et la mort. Nous n'en trouvons aucun cas relaté.

Les instruments malpropres peuvent, il est vrai, chan-

ger en purulent un kyste séreux. Ils peuvent encore augmenter l'inflammation et hâter la production de l'hématocèle, et les observations ne sont pas rares où une première ponction ayant donné issue à un liquide séreux, on ramenait quelques jours après un liquide hémorrhagique.

L'incision simple et le lavage de la cavité avec un liquide peu irritant ont été préconisés dans quelques cas.

Dans les kystes hémorrhagiques non compliqués de hernie on peut s'arrêter à la décortication avec drainage.

La castration ne doit être qu'une opération d'exception, l'insuffisance des autres méthodes est sa seule indication. C'est lorsque la tumeur est trop volumineuse, ou bien, qu'une incision a montré une paroi épaisse, rigide, fibro-cartilagineuse avec retentissement fâcheux sur la glande séminale comme dans l'observation de M. Schwartz.

Avant l'intervention sanglante on peut donc recourir aux résolutifs et aux injections modificatrices. Il faudra prendre ensuite une résolution, en n'oubliant jamais que le kyste du cordon résulte d'une anomalie dans l'oblitération du canal péritonéo-vaginal. L'incision simple, la décortication ont donné de bons résultats quand le canal péritonéo-vaginal était bien fermé. Nous croyons que ces moyens seraient insuffisants quand existe la communication.

Dans les grosses hydrocèles enkystées, M. Broca avait recours à l'extirpation.

Quand le kyste coïncidait avec une hernie, c'était la cure radicale qu'il appliquait.

Sans vouloir discuter ici le traitement de la hernie et critiquer le port du bandage chez l'enfant, nous pouvons dire cependant avec Malgaigne « que la présence d'une tumeur kystique située au-devant de l'anneau inguinal, peut gêner l'action des bandages et rendre impossible la contention exacte de la hernie. »

C'en est assez pour accepter la cure radicale comme procédé de choix.

Ce traitement, employé à l'hôpital Trousseau, n'a jamais été suivi que de succès et nos conclusions se trouvent justifiées par les nombreuses observations dont on trouvera plus loin la lecture.

CONCLUSIONS

La plupart des kystes séreux sont dus à l'oblitération insuffisante du canal péritonéo-vaginal (garçons) ou du canal de Nück (filles).

Les kystes sacculaires ou pseudo-sacculaires que l'on rencontre à peu près exclusivement annexés à la hernie inguinale sont sans doute presque toujours des kystes de cette espèce.

Les kystes du cordon ou du canal de Nuck sont surmontés dans beaucoup de cas par une hernie plus ou moins développée dont le sac est en continuité directe avec leur paroi. Aussi, quand on examine cliniquement un sujet porteur d'un kyste du cordon, doit-on toujours chercher avec soin les signes révélateurs d'une pointe de hernie.

Quand le kyste est net et transparent, on fait la ponction suivie d'injection (alcool-iode).

Quand le kyste est opaque on fait l'incision franche et l'extirpation de la poche.

Pour les kystes du cordon accompagnés de hernies inguinales, la cure radicale est chez l'enfant la méthode de choix.

OBSERVATION IX

Kyste spermatique du cordon (*Revue médicale de l'Est*, 1^{er} février 1889. Vautrin).

B..., badigeonneur, âgé de 50 ans. Présente une tumeur des bourses depuis deux ans. N'en souffre pas, mais comme elle augmente, il demande à être opéré. Le malade est en bonne santé et ne présente aucun antécédent personnel.

La partie droite du scrotum présente le volume d'un œuf de dinde. La tumeur est arrondie, ovoïde, lisse, régulière, et s'étend un peu plus en hauteur. Elle offre vers sa partie inférieure un étranglement très manifeste au-dessous duquel, un lobe beaucoup plus petit que le supérieur, occupe le fond de la bourse droite. La peau n'est ni rouge ni tendue.

A la palpation on trouve une résistance égale en tous points ; sur le lobe inférieur il y a une mollesse superficielle plus grande, une dureté profonde. La peau est mobile sur la tumeur. La fluctuation est nette au niveau du lobe principal, le flot se répercute en tous sens. Matité partout. Le cordon est senti en arrière de la tumeur et en dedans d'elle. Il est libre dans sa partie supérieure jusqu'au canal inguinal. Le testicule peut être délimité dans sa partie inférieure et convexe. Mais sa partie supérieure semble faire partie de la tumeur. Pas de transparence de la tumeur. On diagnostique une hydrocèle vaginale, datant de deux ans, à parois épaisses, empêchant la transparence.

Opération. — 15 février 1887. Après incision, on voit par transparence une substance nacréée, molle, tremblottante, qu'on croit être la vaginale distendue par le liquide. C'était une couche de tissu cellulaire infiltré. On arrive sur une tumeur régulière, fluctuante, qu'on limite de tous côtés avec un corps mousse, sauf

en un point vers le cordon. On incise à ce niveau, après avoir jeté un fil de catgut sur un vaisseau, mais la gaine du cordon n'est pas ouverte. La vaginale testiculaire, le testicule et l'épididyme sont intacts.

Le 18 février. — Guérison.

Le contenu du kyste a un aspect laiteux. On y découvre des spermatozoïdes mélangés, à des gouttelettes de graisse et à des cellules épithéliales de forme cubique. La paroi du kyste est très mince. Une nodosité assez marquée séparait le kyste d'avec le cordon, et elle présentait de nombreux zoospermes et des cellules cylindriques munies de cils vibratiles.

L'épithélium ressemble à l'épithélium épididymaire.

OBSERVATION X

Hydrocèle du cordon (gauche).

H... Antoine, 9 ans, entré le 10 janvier 1893, à l'hôpital Trousseau.

L'enfant n'a présenté rien d'anormal à la naissance.

Mais depuis quatre mois environ on s'est aperçu d'une grosseur qu'on a prise pour une hernie jusqu'à ce moment.

Quand il entre à l'hôpital, la tumeur est allongée, libre du cordon spermatique gauche, irréductible, transparente. A sa partie inférieure on sent nettement le testicule qui semble ne pas en faire partie et qu'on limite fort bien.

11 janvier. — La tumeur semble moins tendue que la veille, d'où réserves sur la communication. Bilobée au milieu du scrotum, elle s'arrête au milieu du trajet inguinal en s'amincissant un peu.

11 janvier. — Opéré par M. Broca, exactement comme pour une hernie.

Pansement au collodion, réunion par première intention.
Exeat, guéri.

OBSERVATION XI

(*Société anatomique*, 1892). Hydrocèle du cordon.

G... Lucien, domestique, 7 ans.

Hôpital Trousseau. Sa^{lle} Denonvilliers, 45 bis.

Entre le 11 septembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Etat actuel. — Le malade entre à l'hôpital Trousseau, pour une tumeur du scrotum, que l'on dit être une hydrocèle vaginale. Il a d'ailleurs été ponctionné plusieurs fois, mais sans résultat. Le liquide s'est toujours réformé et la tumeur a repris un volume très gros. A l'examen, on s'aperçoit qu'elle suit le trajet du cordon du côté gauche qui est situé au-dessus. C'est une tumeur rénitente, transparente.

Opération le 23 octobre 1891. — Incision le long du cordon du côté gauche. M. Broca incise couche par couche, dissèque la poche qu'il débarrasse de tout le tissu cellulaire et de toutes les veines.

Il extirpe cette poche. Points de suture. Pansement iodoformé.

Le lendemain de l'opération 38° (rectale).

Le 28 octobre. — Deuxième pansement. On enlève les points de suture. La réunion de la plaie est presque complète.

2 novembre. — La plaie est complètement réunie. On laisse le malade sans pansement.

Exeat. — 5 novembre.

OBSERVATION XII

Hydrocèle du cordon.

C... Ernest, 5 ans. Entré le 11 novembre 1892. Salle Denonvilliers. Hôpital Trousseau.

Père et mère journaliers, bien portants. Pas d'hydrocèle dans la famille. L'enfant a toujours été bien portant.

Début il y a un an, alors que l'enfant était encore en nourrice. Conduit dès lors à Trousseau, il a subi quatre ponctions suivies d'injection d'alcool. De plus un médecin lui avait prescrit le port d'un suspensoir.

A son entrée, on constate l'existence d'une tumeur du scrotum, allongée, allant de l'anneau inguinal au testicule. Cette tumeur du volume d'un petit œuf siège à gauche.

Pas de douleur à la pression. Mais la tumeur est fluctuante et transparente. Elle n'est pas nettement limitée au niveau de l'anneau inguinal, mais le liquide n'est pas refoulé par la pression dans l'abdomen. Par la pression le volume de la tumeur ne varie pas ; il ne varie pas davantage par le repos au lit.

Le testicule facile à sentir occupe la partie inférieure de la tumeur et en est indépendant. Pas de hernie concomittante.

Opération le 13 novembre 1892. — Chloroforme. M. Broca incise les enveloppes et ouvre la poche qui monte jusqu'à l'anneau externe, mais ne s'y engage pas. Evacuation d'un liquide clair, jaune citrin.

L'hydrocèle est située sur le trajet du cordon et en est indépendante en arrière et en dehors.

Ablation de la poche kystique. On ne trouve pas de communication du conduit péritonéo-vaginal avec l'abdomen.

Réunion par première intention.

Pansement au collodion.

Exeat, le 27 novembre 1892. — Guéri.

OBSERVATION XIII

Observation résumée.

Hydrocèle enkystée, enflammée, siégeant au devant d'une hernie étranglée (Th. Ragot, 1887).

Enfant de 7 mois, avec kyste volumineux, résistant, examiné par M. Labbé puis par M. Verneuil.

Ramené quelques jours après, phénomènes généraux graves (vomissements, selles suspendues).

On sent en bas le testicule surmonté d'une petite tumeur cylindrique, allongée, rentrant en petit dans la cavité péritonéale, mais ne pouvant être totalement réduite. Augmente à la toux.

Une ponction exploratrice amène un liquide purulent, altéré, ancien, granuleux.

A l'incision on trouve le testicule en bas, le kyste au milieu et la hernie en haut. On voulut débrider.

Quand l'incision fut faite on vit flotter une membrane que l'on enleva, croyant faire l'énucléation du kyste, mais c'était le sac que l'on venait d'inciser, une anse intestinale sortit. On s'était donc trouvé en présence d'un sac herniaire descendant au devant d'un kyste enflammé.

OBSERVATION XIV

Hématocèle du cordon avec prolongement abdominal (Routier. *Progrès médical*, 1886. Obs. résumée).

X..., 37 ans, a depuis 4 ans une tumeur dans la partie droite du scrotum. Une ponction pratiquée à cette époque donna issue à 2 litres de liquide séreux. Récidive.

Actuellement grosse tumeur arrondie, se continuant dans le canal vaginal et le ventre qu'il rend asymétrique.

Fluctuation manifeste. On se renvoie le flot depuis l'extrémité inférieure de la tumeur jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Matité absolue. Pas de transparence.

La malade affirme ne jamais avoir eu d'hernie.

Le testicule est manifeste en bas, indépendant et séparé de la masse totale comme par un sillon.

M. Terrillon s'appuyant sur l'indépendance du testicule et l'opacité de la tumeur, porte le diagnostic de hématocele du cordon.

Opération. — Evacuation d'un litre environ d'un liquide épais, granuleux, couleur chocolat.

Cavité tapissée par une fausse membrane épaisse de 2 millimètres, facilement décollable.

Incision. Grattage. Décortication.

Guérison.

OBSERVATION XV

Hématocele enkystée du cordon. Barbe (cité par Legueu).

X..., 45 ans, porte depuis 21 ans une tumeur scrotale du volume d'un œuf de poule, et qu'il croit une hernie. Il s'en était aperçu 15 jours après un coup reçu sur la région inguinale. Il mourut de phthisie et l'on trouva à l'autopsie la tumeur indépendante du testicule, formée par une paroi dure, coriace, élastique, contenant un sang noir chocolaté.

OBSERVATION XVI

Tumeur enkystée du scrotum (Fleury, cité par Legueu).

A la suite d'un simple froissement des bourses, le malade, âgé de 69 ans, avait vu se développer une tumeur sur le trajet du cordon. Au bout de 15 mois, elle était du volume des deux poings. Une première ponction donna issue à un liquide *séro-sanguinolent* ; plus tard, la récidence survenue, une opération plus complète fut pratiquée. On trouva une paroi rigide contenant du sang liquide et coagulé. La vaginale, indépendante, contenait une faible quantité de liquide citrin de l'hydrocèle.

OBSERVATION XVII

Kyste du cordon gauche.

B... Marcel, 2 mois 1/2, 23 juillet 1893.

L'enfant est bien portant. On s'est aperçu de sa tumeur depuis huit jours.

Tumeur ovoïde, lisse, rénitente, ne rentrant pas dans le canal inguinal.

Ponction. Injection d'alcool (1/4 de seringue de Pravaz).

Revu le 10 décembre 1893. — Petite nodosité.

OBSERVATION XVIII

Kyste du cordon gauche.

M... Laurent, 3 mois. 1^{er} juillet 1893.

L'enfant est bien portant. L'accouchement a été normal. On

s'est aperçu du kyste quelques jours après la naissance. La sage-femme déclara que c'était une hernie et ordonna la compression.

Le kyste présente le volume d'une noisette. Bien indépendant du testicule et n'atteint pas l'anneau inguinal.

Ponction. Injection d'alcool (1/4 de seringue de Pravaz).

Revu le 10 décembre 1893. — Petite nodosité.

OBSERVATION XIX

Kyste du cordon droit.

S... Marcel, 3 mois, 15 juin 1893.

Petit kyste du cordon à droite situé sur le trajet du cordon.

On s'en est aperçu il y a trois jours.

Ponction. Injection d'alcool (1/4 de seringue de Pravaz).

Revu 15 jours après. Le kyste ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION XX

Kyste du cordon droit. — Hydrocèle vaginale. —

Pointe de hernie.

G... Fernand, 3 ans. Entre à l'hôpital Trousseau, le 10 mai 1893, salle Denonvilliers.

Ses parents disent qu'il a eu une hydrocèle vaginale droite traitée par la ponction, il y a un mois, et suivie d'injection d'alcool.

Cette hydrocèle a reparu. Elle paraît et disparaît spontanément et communique peut-être avec le péritoine.

Opéré le 30 mai. — Dissection du kyste. Excision de la vaginale. Cure radicale de la hernie communiquant avec le kyste.

21 mai. — On enlève les fils. Léger sphacèle.

22 mai. — Urine tous les jours dans son pansement. Suppure superficiellement. Epididymite.

24 mai. — Désunion. Suppuration abondante.

Pansement tous les jours.

22 juin. — Sort guéri.

16 octobre. — Revu. Testicule normal. Pas d'impulsion à la toux.

OBSERVATION XXI

Hernie inguinale droite.

Kyste du cordon (Th. Duret. Paris, 1890-91).

Georges Am..., 19 ans, boulanger, est admis le 10 avril 1891, dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat.

Il y a un mois environ, le malade s'est aperçu qu'il portait à l'orifice externe du canal inguinal droit une petite tumeur du volume d'une noisette dure, roulant sous le doigt, indolente.

Depuis huit jours la tumeur a plus que doublé et est devenue douloureuse.

Etat actuel. — On trouve dans la région inguinale droite et occupant la partie supérieure du cordon une petite tumeur ovoïde un peu moins grosse qu'une noix, dure, semblant se limiter nettement en haut, mate, réductible avec facilité dans le canal inguinal. La réduction donne la sensation d'un corps étranger que l'on repousserait en masse dans le ventre. Le doigt s'engage alors dans un anneau inguinal étroit et reçoit l'impulsion de la toux. Si l'on retire le doigt, tout en faisant faire des efforts au malade, la tumeur se reproduit tout aussitôt.

Opération. — Le 19 avril. — Par M. Guillemain, aidé de M. Broca.

Le malade une fois endormi, on pratique une incision partant

de l'anneau inguinal et descendant sur le trajet du cordon. Une fois les téguments et la fibreuse commune incisés, on tombe sur une petite tumeur kystique, dont la ponction laisse écouler un liquide citrin. En bas ce kyste se termine par une extrémité libre, mais en haut il se prolonge sous forme d'un cordon arrondi blanchâtre, un peu plus gros qu'un porte-plume jusque dans l'abdomen. Ce cordon est attiré le plus bas possible, disséqué et sectionné entre une double ligature. Pas de suture des piliers. Réunion sans drainage.

Pansement iodoformé.

Suites. Soir T. 37°, 2. Pas de souffrances.

27 avril. — Pansement. Réunion immédiate. Ablation des fils.

3 mai. — Pansement. Guérison complète.

4. — Exeat.

Examen de la pièce enlevée. — On trouve au-dessus du premier kyste un second kyste plus petit et qui contient le même liquide. Le cordon qui lui fait suite est creusé d'un canal qui conduisait jusque dans l'abdomen. C'est donc le sac d'une petite hernie inguinale.

OBSERVATION XXII

Hernie inguinale droite avec kyste.

B... Georges, 2 ans et demi, reçu le 24 août 1893, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

Hérédité inconnue.

On trouve un kyste de la grosseur d'une petite noix, tendu, siégeant à la partie inférieure du cordon, remontant jusqu'au canal inguinal, et descendant jusqu'au testicule qui est libre. La mère ne s'en est aperçue que récemment.

27 août. — M. Broca l'opère. On trouve un énorme sac herniaire qui est situé au-dessus d'un kyste.

Réunion par première intention. Sort guéri le 17 septembre 1893.

19 octobre. — Revu. — Etat local excellent.

OBSERVATION XXIII

Kyste du cordon avec hernie inguinale droite.

B... Joseph, 10 ans 1/2. Reçu à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 8 mai 1893.

La hernie a débuté il y a un an et a toujours conservé la grosseur d'une noisette. Depuis huit jours, sous l'influence d'une cause inconnue, la tumeur a grossi et a atteint le volume d'une noix. Elle est indolore.

En même temps que la hernie on constate la présence d'un kyste du cordon droit.

Opéré le 14 mai par M. Broca. Cure radicale. On trouve des stigmates épais au milieu de la hauteur du sac. La hernie n'est pas testiculaire.

Pansement à la gaze aseptique.

17 mai. — Epanchement sanguin dans les bourses.

22 mai. — Ablation des fils. Pas de pus. Le testicule est volumineux mais non douloureux.

1^{er} juin. — Exeat avec une petite surface de 1 millimètre non fermée.

OBSERVATION XXIV

Hernie inguinale droite avec kyste du cordon.

Ch... Daniel, 6 ans. Entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers le 1^{er} avril 1893.

Pas d'antécédents héréditaires.

La mère s'est aperçue de la hernie il y a deux jours.

A la palpation on sent le testicule à sa place. Au-dessus de lui, on trouve quelque chose de rond et de dur qui roule sous le doigt, sans douleur, et semble se prolonger en haut vers le trajet inguinal sous forme d'un cordon. Si, tenant entre les doigts le noyau dur sus-testiculaire, on fait tousser l'enfant, on sent une impulsion.

Au-dessus du testicule, en pressant le cordon de haut en bas, on sent une poche fluctuante (Kyste du cordon).

2 avril. — Opéré par M. Broca. Cure radicale. Le kyste du cordon qui touche à la vaginale mais en est séparable à l'ongle, est en bas surtout fort épais. Il est fendu en avant, et il en sort un liquide limpide. La paroi est tomenteuse et rouge. Le kyste communique en haut par un pertuis recevant le stylet avec un petit sac herniaire qui est séparé du kyste par un diaphragme valvulaire situé à peu près au niveau de l'anneau externe. Après avoir incisé le sac à sa face antérieure en passant par ce pertuis, M. Broca voit une sorte de lambeau séreux qui était contenu dans la partie sus-jacente au diaphragme et qui, une fois attiré en bas, a à peu près la longueur du kyste. Il s'insère au bord postérieur du diaphragme valvulaire, et il est en forme de sac.

11 avril. — Ablation des fils. Réunion parfaite. Epididymite et épanchement sanguin dans le scrotum.

Pansement.

16 août. — L'enfant sort complètement guéri avec une cicatrice linéaire. L'épididymite a notablement diminué. Au-dessus du testicule on sent encore une induration. Il restera encore huit jours en repos avec un pansement protecteur.

OBSERVATION XXV

Bull. de Soc. anat., 1892. P. 147 (M. A. Broca).

Hernie inguinale droite. — Kyste du cordon droit.

Cord... Henri, 12 ans, entre le 24 décembre 1891, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 1 *bis*. Cet enfant se rappelle avoir toujours souffert de l'aine droite quand il marchait, quand il faisait des chûtes. Ni lui ni ses parents ne peuvent préciser le moment et le mode de début de la hernie. Il n'a jamais porté de bandage.

Actuellement quand il tousse on constate une hernie inguinale droite, très marquée, sonore. Il n'y a pas d'ectopie testiculaire. Rien à gauche.

Opération le 13 janvier 1892. — Après incision de la peau, du dartos, du crémaster et de la fibreuse commune, j'ouvre un sac séreux indépendant de la tunique vaginale, bien fermé, et je le libère avec l'ongle du bas en haut. Mais en arrivant à l'anneau extérieur je constate que ce sac se termine en une pointe close et ne communique pas avec le péritoine. Ce n'est certainement pas le sac herniaire. Je dissocie donc derrière lui, à la sonde cannelée, un tissu graisseux, au milieu duquel, entre les éléments du cordon, je trouvai un autre sac séreux descendant moins bas que le premier. Celui-ci communiquait en haut avec la cavité abdominale, ainsi que je m'en assurai par l'introduction du doigt. Ce sac fut disséqué avec l'ongle (très facilement car il avait autour de lui une mince couche de tissu adipeux), et lié au collet. La pointe du sac antérieur, clos, adhère à sa face antérieure au niveau de l'anneau externe, mais sans rien qui ressemble à des stigmates. Partout les parois séreuses sont minces, souples, transparentes.

L'intestin n'a pas été vu. Suture en capiton, au catgut, du trajet inguinal. Réunion totale sans drainage.

Suites apyrétiques. — Mais localement il y eût au quatrième jour un écoulement de sang assez abondant entre les lèvres de la plaie. Le pansement souillé doit être renouvelé tous les jours ou tous les deux jours, le suintement sanguin continuant, et ultérieurement une suppuration légère ayant atteint superficiellement la suture. Le 5 février, cicatrisation presque complète et plaie en bon état.

Exeat le 14 février entièrement guéri. Cicatrice solide. Pas d'impulsion. Cordon un peu gros.

OBSERVATION XXVI

Hernie inguinale droite avec kyste du cordon droit

G... Eugène, 9 ans, reçu à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 19 août 1893.

Un oncle a une hernie. Rien du côté de ses parents.

Sa hernie a débuté il y a trois ans, à la suite d'un effort, et il porte un bandage depuis cette époque. Il est difficile de savoir s'il porte un kyste du même côté. Le trajet inguinal est assez resserré et ne laisse pas pénétrer le bout de l'index.

Pas de phimosis. Les testicules sont très petits, mais pas d'ectopie.

21 août 1893. — Opéré par M. Broca. Cure radicale. On trouve un sac petit, situé au-dessus de kystes multiples.

28 août 1893. — Ablation des fils. Réunion par première intention. Une soie profonde a suppuré plus tard et a été éliminée. Réunion en ce point après l'élimination de la soie.

L'enfant était très indocile. Il défaisait son pansement et plu-

sieurs fois a touché sa plaie. Il fallait le panser à peu près tous les jours.

OBSERVATION XXVII

Hernie inguinale bilatérale, et kyste de cordon gauche.

G... Victor, 8 ans, monteur au chemin de fer d'Orléans, reçu à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 12 mars 1893.

Pas d'antécédents héréditaires.

Il présente une hernie inguinale droite depuis l'âge de huit jours, et une hernie inguinale gauche depuis l'âge de sept ans.

A gauche on trouve un kyste du cordon plus ou moins tendu suivant le moment de l'examen et qui disparaît même complètement. Au-dessus on sent un peu d'impulsion.

A droite il porte un bandage depuis l'âge de huit jours. Depuis quatre ans la hernie ne sort plus, cependant depuis quelques jours elle semble ressortir.

22 mars. — Opéré par M. Broca. Cure radicale à gauche.

Pas de liquide dans le sac non testiculaire. On trouve un kyste du cordon allongé au-dessous de la hernie.

30 mars. — Ablation des fils et pansement.

18 avril. — Opéré par M. Broca. Cure radicale à droite, sac non testiculaire descendant à mi-chemin entre l'anneau externe et le testicule. Pas de kyste.

25 avril. — Ablation des fils. Réunion complète.

12 mai. — Exeat. Pas d'impulsion. Un peu d'orchite à gauche.

10 juin. — Revue en excellent état local. L'épididyme est encore un peu gros.

25 août. — Revu en excellent état. Pas de récidence.

Le testicule et le cordon sont normaux.

30 octobre. — Un fil de soie pointe à droite à l'angle supérieur de l'incision. Reste en excellent état.

OBSERVATION XXVIII

Hernie inguinale gauche. Kyste du cordon gauche.

H... Edouard, 18 mois. Entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 1^{er} juin 1893.

Son père a une hernie. Un de ses frères a une hernie inguinale droite.

Sa mère s'est aperçue de la hernie de notre malade il y a huit jours. Il présente un kyste du cordon gauche, gros comme une noisette, situé au-dessus du testicule et nettement séparé de lui. Il est impossible de constater la présence d'une hernie.

5 juin. — Opéré par M. Broca. Cure radicale. Le kyste a bien diminué depuis que l'enfant est au repos. Cependant, il est bien clos, ovoïde. Le sac herniaire est situé au-dessus. Pansement au collodion.

Le 13 juin. — Réunion, puis on a une légère désunion.

Le 27 juin. — L'enfant a la rougeole et passe dans ce service.

15 juillet. — Il est encore dans ce service de rougeole. La plaie est entièrement cicatrisée. L'enfant va beaucoup mieux quoique ayant encore un peu de broncho-pneumonie.

16 octobre 1893. — L'enfant va très bien. Il présente maintenant une pointe de hernie ombilicale.

OBSERVATION XXIX

Hernie inguinale droite avec kyste du cordon.

J... Eugène, 7 ans, entré le 22 mai 1893, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

Il a cette hernie depuis l'âge de trois mois. Il a toujours porté un bandage. Il y a un mois, la hernie semblant guérie il a quitté le bandage.

On trouve un kyste du cordon gros comme un œuf de poule, et ne rentrant pas dans le canal inguinal. Les deux testicules sont descendus.

Le 27 mai. — Opéré par M. Broca. Cure radicale. Le kyste du cordon ovoïde fermé, est continu avec le sac par un collet scléreux, épais, obturé. Le sac descend derrière lui, mince, au-dessous du collet.

4 juin. — Ablation des fils. Réunion par première intention. Pansement au collodion.

11 juin. — Exeat.

23 octobre 1893. — L'enfant va très bien. Cicatrice un peu chéloïdienne. Testicule droit un peu plus haut, souple ainsi que l'épididyme.

OBSERVATION XXX

Hernie inguinale droite étranglée. Kyste du cordon. Opérée par M. Broca.

J... Albert, 33 ans, porteur aux halles. Entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 27 août 1893. Salle Broca (service de M. Monod).

Hernie en 1878, dans un effort « en frappant devant ». Ses parents n'ont pas de hernie, mais un de ses frères en a une.

Notre malade a porté bandage depuis 1878. Il n'en porte plus depuis que son bandage s'est cassé (il y a 4 ou 5 mois). Mais peu après il présenta des accidents d'étranglement sans vomissements. Un médecin fut appelé, mais quand il arriva, le malade dormait et la hernie était rentrée.

Ce matin, nouvel étranglement avec vomissements rapides et constipation absolue.

4 heures du soir. — Tumeur ovoïde, mate, tendue, douloureuse, et restant à deux travers de doigt au-dessus du testicule.

Par l'incision on entre dans la vaginale, très spacieuse, contenant un peu de liquide et remontant au-devant de la hernie. Au dessus et derrière elle M. Broca incise. Il entre dans une cavité à revêtement séreux vide close.

Il aborde alors par en haut après avoir fendu le canal inguinal. Il trouve l'intestin grêle sans épiploon en bon état.

Il fait la cure radicale ordinaire.

Les enveloppes de la hernie sont celles de la hernie inguinale congénitale, avec sac funiculaire. L'étranglement siège au niveau de l'anneau intérieur et est causé par un diaphragme valvulaire. L'anneau intérieur a reçu le doigt avant le débridement. On a débridé de dehors en dedans. Pas de drainage.

Huitième jour. — Pansement. Ablation des fils.

Onzième jour. — Dernier pansement, et le malade peut sortir sans bandage le 28 septembre.

OBSERVATION XXXI

Hernie inguinale gauche avec kyste de cordon gauche.

J... Louis, 3 ans 1/2, reçu le 19 août 1893, hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

Le père a une hernie.

On ne s'est aperçu qu'il y a quelques jours de la présence des hernies (car la mère dit l'avoir vue des deux côtés).

L'enfant n'a jamais porté de bandages.

Il est impossible de le faire tousser et de sentir les hernies. Mais à gauche, on sent deux kystes modérément tendus sur le trajet du cordon. Les deux orifices externes des canaux inguinaux paraissent larges.

24 août. — Opéré par M. Broca. Cure radicale à gauche. On trouve un kyste du cordon uni à la vaginale par le cordon de Cloquet. Le kyste est vide. Le sac herniaire est au-dessus et continu avec lui.

Il passe à la rougeole le 12 septembre.

Exit. Complètement guéri.

OBSERVATION XXXII

Hernie inguinale bilatérale avec testicule en voie de descente

Revue des maladies de l'enfance, avril 1892 (Obs. VI).

March... Emile, 10 ans, entre le 8 juillet 1891, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 15.

Cet enfant, dont les antécédents héréditaires et personnels ne contiennent rien de spécial, aurait sa hernie inguinale droite depuis un an.

Jamais il n'a porté de bandage.

A son entrée, il porte dans chaque aîne une grosseur, celle de droite étant de beaucoup la plus prononcée.

A gauche, en effet, la grosseur très légère, ne présente pas d'impulsion à la toux, le cordon est sain. L'anneau inguinal est un peu large, mais il n'y a pas de hernie. A droite, on trouve un anneau dilaté, admettant la pointe du petit doigt, avec une impulsion très énergique à la toux. Il n'y a pas actuellement de hernie proprement dite, mais il paraît que souvent la tuméfaction augmente de volume et devient douloureuse.

D'autre part, en faisant rouler le cordon entre les doigts, on constate qu'il est certainement plus gros que du côté opposé.

On ne sent aucune tumeur distincte. Les deux testicules sont descendus, mais sous la pression remontent facilement dans le canal inguinal.

Opération le 11 juillet. — Chloroforme. Incision au niveau de l'orifice externe du canal inguinal droit, parallèle au cordon, remontant un peu sur l'abdomen et descendant sur les bourses du côté correspondant.

Section de deux vaisseaux saignant assez abondamment.

L'incision traverse successivement des plans très minces, mais cependant faciles à reconnaître et à isoler : peau et dartos, crémaster, fibreuse commune. Une fois ouverte la fibreuse commune, un sac vide fut trouvé en avant des éléments du cordon en contact direct avec eux.

Ce sac descendait presque au contact de la tunique vaginale mais ne communiquait pas avec elle ni ne lui adhéraît.

Il fut disséqué avec les ongles très aisément et très vite jusqu'à la graisse sous-péritonéale. Ligature au nœud de Tait, résection. Deux sutures en capiton sur les parois du canal inguinal. Suture de la peau au crin de Florence, sans drainage. Pansement iodoformé.

La guérison par première intention fut obtenue et les fils retirés aux sixième et neuvième jour. La température ne bouge pas de 37° sauf le soir du cinquième jour où elle atteignit 37°,6.

La seule complication fut une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme pendant 36 heures.

L'enfant sortit le 23 juillet ne présentant pas d'impulsion et ayant un anneau inguinal externe résistant. Le testicule droit, mobile, remontait facilement sous la cicatrice jusqu'à l'anneau, mais était aisément redescendu au fond des bourses.

OBSERVATION XXXIII

Hernie inguinale droite avec kyste.

R... Edouard, 10 ans, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 4 octobre 1893.

Son père est mort tuberculeux ; il avait une hernie qui ne s'était montrée qu'à la fin de sa vie. La mère est bien portante.

Cet enfant a sa hernie depuis l'âge de 18 mois, et depuis cette époque il a porté bandage. La hernie avait disparu il y a huit mois mais elle est revenue il y a deux mois.

Actuellement, on trouve une hernie inguinale droite et un kyste du cordon, ayant le volume d'un petit œuf de poule.

Le kyste remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

On ne peut le réduire ni le vider par la pression. Il forme deux lobes. L'un en dehors du canal inguinal descend dans le scrotum jusqu'à un centimètre du testicule. L'autre est dans le canal inguinal. L'orifice externe du canal sépare les deux lobes.

8 octobre 1893. — Opéré par M. Broca. Cure radicale. Pointe de hernie. Kyste du cordon biloculaire.

15 octobre 1893. — Ablation des fils. Réunion par première intention.

Exeat devant rester couché quelque temps encore.

Revu guéri au bout de quatre semaines.

OBSERVATION XXXIV

Kyste du cordon gauche avec pointe de hernie gauche.

R.: Léon, 8 ans.

Entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers le 13 juin 1893. Il présente un kyste du cordon ovoïde remontant dans le canal inguinal et qu'on peut isoler du testicule. On s'est aperçu de ce kyste il y a quatre jours. Il présente la grosseur d'un œuf de poule.

19 juin. — Opéré par M. Broca. On trouve un kyste du cordon avec une pointe de hernie. Le sac du kyste communique avec

la vaginale. Le kyste est fermé en haut. Un rétrécissement l'empêche de communiquer avec le sac herniaire qui a la même enveloppe extérieure.

26 juin. — On enlève les fils. Pansement au collodion. Un peu d'épididymite.

5 juillet. — Exeat. Guérison.

• OBSERVATION XXXV

Hernie inguinale scrotale avec kyste du cordon.

R... Raoul, 3 ans. Entré le 3 janvier 1893, à l'hôpital Trousseau, salle Denorvilliers.

Pas de hernie dans les antécédents maternels. Du côté du père, une hernie acquise à la suite d'un effort à l'âge de 40 ans.

L'enfant, au dire de la mère, a présenté une grosseur dans l'aîne dès sa naissance. La sage femme lui avait dit qu'il n'y avait pas de hernie, et ce n'est que depuis quelques mois qu'un médecin en a constaté l'existence.

19 janvier. — Opéré par M. Broca. Cure radicale. Testicule bien senti en bas. Kyste ovoïde au-dessus. Avec les ans, une hernie descend et recouvre en avant le tiers supérieur du kyste.

Pansement au collodion.

12 février. — Exeat. Absolument guéri. Le lendemain il a présenté un peu d'érythème de la cicatrice.

16 octobre 1893. — Revu. — Testicule normal. Pas d'impulsion. Cicatrice souple non adhérente.

Il sort guéri le 20 mars 1894.

Revue le 2 décembre 1893. —

L'enfant ne souffre plus de la h

vent.

OBSERVATION XXXVI

Hernie inguinale droite et kyste du cordon.

Albert, 9 ans. Entré à l'hôpital Trousseau, le 20 février 1893.

Son grand-père et sa grand'mère maternels ont chacun deux hernies. Son père et sa mère n'en ont pas, mais le père est tuberculeux.

L'enfant a été soigné pour une bronchite il y a 5 ans (hôpital Trousseau, salle Lugol). Il a eu plus tard la rougeole et la coqueluche. Il a toujours toussé. Sujet aux épistaxis et otorrhagies. Il avait trois mois quand on s'aperçut de sa hernie. Il a toujours porté un bandage depuis cette époque et il a toujours souffert.

La mère la faisait rentrer mais elle ressortait souvent.

28 février 1893. — Opéré par M. Broca, cure radicale. Sac mince, adhérent au cordon. S'est déchiré mais a pu être disséqué entièrement. Il est situé au-dessus d'un grand kyste du cordon allant jusqu'à la vaginale, continu avec le sac, mais ne communiquant pas. On trouve un épaississement au niveau de cette continuité, et à ce niveau existe une adhérence au cordon assez difficile à séparer. Trois points à la soie sur le canal.

Pansement au collodion.

Pansement au huitième et quinzième jour. Réunion par première intention.

Il sort guéri le 20 mars 1893.

Révue le 2 décembre 1893. — Bonne cicatrice. Pas d'impulsion à la toux.

L'enfant ne souffre plus de la hernie (il en souffrait auparavant).

OBSERVATION XXXVII

Kyste du cordon gauche avec hernie inguinale gauche.

R... Gaston, 28 mois, reçu à l'hôpital Trousseau, salle Denon-villiers, le 18 octobre 1893.

Son grand-père a une hernie.

L'enfant présente un kyste du cordon à gauche, mais il est difficile de constater sûrement la présence d'une hernie au même côté. Il a un phimosis.

Opéré le 20 novembre 1893 par M. Broca. On trouve un kyste du cordon contenant un liquide légèrement hématique et dont la paroi présente un piqueté rougeâtre. Au-dessus, le kyste du cordon est en contact avec un sac herniaire spacieux.

23 novembre. — Léger gonflement du scrotum.

27 novembre. — Ablation des fils. La plaie est en excellent état. Pas de suppuration. Pansement aseptique.

3 décembre. — La plaie est complètement cicatrisée sauf à la partie supérieure sur une très petite étendue. Cependant il n'y a pas de décollement.

10 décembre 1893. — Exeat. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

Hernie inguinale gauche et kyste du cordon gauche.

L... Emile, 8 ans 1/2. Entré le 25 octobre 1893, salle Denon-villiers (Hôpital Trousseau).

Pas d'antécédents héréditaires.

Actuellement il présente une hernie inguinale gauche funiculaire. L'anneau laisse facilement passer l'index.

La hernie est parfaitement réductible, un peu douloureuse, et située en arrière d'un kyste du cordon de la grosseur d'un petit œuf rond.

Le kyste se réduit également dans la cavité abdominale. Le testicule gauche est oscillant. L'enfant, en plus, a un phimosis.

A droite on sent une légère impulsion à la toux.

Le testicule est un peu oscillant. Peut-être y a-t-il une pointe de hernie.

28 octobre 1893. — M. Broca opère la hernie gauche (Cure radicale).

On trouve un kyste du cordon. Le sac herniaire est situé au-dessus.

A droite M. Broca fait également la cure radicale.

Il trouve un sac vide. Peut-être a-t-il coupé le canal déférent en faisant la ligature du pédicule.

Le 5 novembre 1893. — Ablation des fils. Un peu de suppuration des deux côtés. La suppuration est très légère à droite. A gauche, la voie supérieure du trajet inguinal est éliminée par suppuration. Le testicule est normal. Pansement au salol.

Dès le lendemain de son opération, l'enfant a eu une broncho-pneumonie des deux côtés, traitée par des ventouses (on lui a donné du tolu et du julep diacode). Mais l'amélioration était notable le jour de l'ablation des fils.

Examen histologique. — Dans la ligature et la section du pédicule on a coupé une partie du canal déférent et quelques canaux épидидymaires.

Pansement tous les deux jours.

Exeat le 11 décembre 1893. Guéri. Pas d'atrophie testiculaire.

OBSERVATION XXXIX

Hernie inguinale droite avec kyste du cordon.

B... Camille, 4 ans, reçu à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 12 septembre 1893.

Hérédité inconnue.

Sa hernie date de deux ans environ. Jamais il n'a porté de bandage. On ne trouve pas d'ectopie. Pas de phimosis.

19 septembre. — M. Broca l'opère. Cure radicale. On trouve une hernie au-dessus d'un hyste contenant du liquide. Pas de cordon de Cloquet.

27 septembre. — Fils enlevés. Quelques grumeaux de pus. Désunion superficielle. Légère épididymite. Erythème par le colloidion. Depuis, on le panse tous les deux jours parce que l'enfant salit continuellement son pansement.

7 octobre. — La plaie est cicatrisée à sa partie supérieure et inférieure. Mais à la partie moyenne, les lèvres restent un peu écartées.

11 octobre. — Exeat. Guérison complète sauf en un point où il reste une petite excoriation superficielle. Ligne de cicatrice un peu irrégulière.

Le testicule droit est dur et plus volumineux que du côté gauche.

Revu fin novembre 1893. — Le testicule est dans le scrotum.

L'épididyme et le testicule sont normaux. Rien à la toux.

OBSERVATION XL

Société de chirurgie, 15 avril 1891.

Kyste inguinal en relation avec un sac herniaire adhérent au ligament rond. Adhérence par glissement de la trompe au sac herniaire. Cure radicale. Guérison (M. Berger).

Louise D..., 23 ans, s'est aperçue il y a six mois de l'existence d'une grosseur dans l'aîne droite. Cette tumeur rentrait la nuit, sortait le jour ; elle s'accrut rapidement et devint un peu douloureuse.

On peut constater l'existence bien nette d'une hernie inguinale, grosse comme un œuf de pigeon, s'accompagnant d'un certain degré de dilatation de l'anneau externe.

Cure radicale (M. Berger), le 7 février 1891. Après incision on trouve un sac aplati et flasque. M. Berger l'incise sur son sommet et constate qu'il est dans la cavité d'un kyste, de petite dimension comme une très petite noisette. Au-dessus de lui est le sac herniaire qui se continue avec la paroi et il l'incise. Il a de grandes peines à en pratiquer l'isolement, tant kyste et sac étaient adhérents et comme confondus avec le ligament rond. Il ne put le faire qu'au prix d'un écoulement sanguin assez abondant, et, en séparant avec beaucoup de peine du ligament rond qui était très volumineux, une pellicule séreuse analogue à la plus mince couche de baudruche. Grâce à l'incision de la paroi antérieure du trajet inguinal, le sac put être isolé de la sorte jusqu'au dessus de l'anneau inguinal profond. Mais on s'aperçut alors qu'on attirait peu à peu le ligament rond, de telle sorte que lorsque ce sac fut disséqué sur une longueur suffisante, ce lien fibreux se trouva dénudé et attiré à l'extérieur sur une longueur de plus de six centimètres. Au moment où on allait lier le

pédicule du sac, on constata que près de ce pédicule apparaissait un organe cylindrique ; c'était la trompe, que par des tractions exercées sur le péritoine au-dessus du collet du sac on avait attirée jusqu'à l'orifice herniaire. Résection du sac.

Guérison.

OBSERVATION XLI

Société de chirurgie, 15 avril 1891 (M. Berger).

Hernie inguinale contiguë à un kyste du canal de Nuck. — Cure radicale. — Guérison.

Observation résumée.

Marie L..., 31 ans, femme de chambre. En 1888, dans un violent effort de défécation elle ressentit une vive douleur et un craquement. Elle constata dans la région inguinale droite une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. La malade ne pouvant pas supporter de bandage, la hernie s'accrût de volume.

Un peu au-dessous de l'anneau inguinal externe existe une hernie inguinale réductible et paraissant renfermer un peu d'épiploon réductible aussi.

Opération (M. Berger), le 22 janvier 1891. — L'incision des enveloppes externes conduit sur une couche de tissu dartoïque, que l'on doit inciser pour trouver le sac. Celui-ci paraît très vasculaire.

Il est ouvert près de son fond, quelques grammes à peine de sérosité s'écoulent et l'on pénètre dans une cavité tapissée par une membrane ayant l'aspect du revêtement séreux d'un sac herniaire mais close de toutes parts, et sans prolongements du côté inguinal. Ce sac kystique n'est séparé du sac herniaire que par une cloison très mince, lisse, ne présentant ni froncement,

ni plis, ni épaissement. Cette cloison ayant été divisée, on put bien s'assurer que l'on était dans la cavité du sac, qui était vide.

Après incision de l'aponévrose du grand oblique, le pédicule du sac fut mis à découvert, le sac lui-même avec le kyste qui lui adhéra fut isolé jusqu'au dessus de l'anneau inguinal interne, et on put s'assurer que le kyste et le sac adhéraient assez intimement au ligament rond, dont on eût quelque peine à les détacher.

Réunion par première intention. Guérison au bout de trente jours.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bardot.** — Etude sur l'anat. path. et la pathog. des kystes spermatiques. Th. de Nancy, 1887.
- Bazy.** — Hydrocèle en bissac. Archives générales de médecine, 1887, T. 20.
- Société anatomique, 1887.
- Berger.** — Sur quelques variétés de hernie inguinale congénitale chez la femme (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1891). P. 283.
- Art. inguinal. Traité de chirurgie, T. VI.
- Broca.** — Société anatomique, 1887, 1888, 1889.
- Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale (5^e congrès français de chirurgie, 1891).
- Dictionnaire encycl. des Sc. méd. (Art. inguinal).
- Cure radicale des hernies chez les enfants. Revue des maladies de l'enfance, avril 1892.
- Brossard.** — Tumeurs solides du cordon (Archives générales de médecine, 1885).
- Carron-Massidou.** — Kystes du cordon. Th. de Paris, 1884.
- Deladrière.** — Essai sur les hydrocèles enkystées au-dessus de la vaginale. Th. Paris, 1879.
- Dominguez.** — Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme. Th. Paris, 1890-91.
- Duplay.** — Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne. Th. Paris, 1865.
- Hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle vaginale (Praticien, 1880).
- Duret.** — Considérations sur les variétés anatomiques, et la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme. Th. de Paris, 1890-91.

Faure (J.-L.). — Hydrocèle péritonéo-vaginale et hydrocèle congénitale (Gazette des hôpitaux, 1889).

Jamain. — Hématocèle du scrotum. Th. d'Agrégation, Paris, 1852-53.

Heyfelder. — Hydrocele cystica (Deutsche Klinik Berlin, 1858, X, 228).

Lannelongue. — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.

Leblanc. — Kystes du cordon. Th. Paris, 1873.

Legueu. — Vaginalites funiculaires hémorrhagiques. Hématocèles enkystées du cordon spermatique (Archives générales de médecine, février 1890. P. 183).

Malgaigne. — Tumeurs du cordon spermatique. Concours de Professorat, 1848.

Poirier. — Pathogénie des kystes de l'Epididyme (Revue de chirurgie, 1890).

— Communication au congrès international de Berlin, 1891.

Rabère. — Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme. Th. Paris, 1883.

Ramonède. — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'homme. Th. de Paris, 1883.

Ragot. — Pathogénie des tumeurs liquides du cordon. Th. Paris, 1877.

Scarpa. — Mémoires sur l'hydrocèle du cordon (Arch. gén. de méd. Tome IV).

Segond. — Traité de chirurgie, T. VIII, p. 687.

Tillaux. — Chirurgie clinique, Paris, 1891. T. II, p. 404, 417, 436, 439.

Trélat. — Kystes du cordon. Progrès médical, 1878.

Vautrin. — Kystes spermatiques du cordon (Revue médicale de l'Est, 1^{er} février 1889).

Wechselmann (W.). — Ueber hydrocèle muliebris (Arch. für Klin. chir. 1890, p. 578).

